

le **DCEM** en

Questions
Réponses

module 8

- mémos et mots-clés
- révisions et sous-colles
- bilan de connaissances

IMMUNO- PATHOLOGIE

Pierre CHARLES

ellipses

Le DCEM en Questions/Réponses

Collection dirigée par Jean-Sébastien Hulot

IMMUNOPATHOLOGIE

04096
411-CHR102

Module 8

Pierre CHARLES

Major de l'Internat Sud



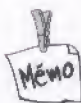
Le programme d'immunopathologie

Module 8. Immunopathologie – Réaction inflammatoire

- Question 112. Réaction inflammatoire : aspects biologiques et cliniques. Conduite à tenir
- Question 113. Allergies et hypersensibilités chez l'enfant et l'adulte : aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement
- Question 114. Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. Urticaire, dermatites atopiques et de contact
- Question 115. Allergies respiratoires chez l'enfant et l'adulte
- Question 116. Pathologies auto-immunes : aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement
- Question 117. Lupus érythémateux disséminé. Syndrome des antiphospholipides
- Question 118. Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique
- Question 119. Maladie de Horton et pseudo-polyarthrite rhizomélique
- Question 120. Pneumopathie interstitielle diffuse
- Question 121. Polyarthrite rhumatoïde
- Question 122. Polyradiculonévrite aiguë inflammatoire (syndrome de Guillain-Barré)
- Question 123. Psoriasis
- Question 124. Sarcoidose
- Question 125. Sclérose en plaques
- Question 126. Immunoglobuline monoclonale
- Question 127. Transplantation d'organes : aspects épidémiologiques et immunologiques ; principes de traitement et surveillance ; complications et pronostic ; aspects éthiques et légaux

Troisième partie : Orientation diagnostique

- Question 327. Phénomène de Raynaud



- ❖ Une augmentation isolée de la vitesse de sédimentation (VS) n'est pas un syndrome inflammatoire.
- ❖ L'interrogatoire (antécédents médicaux, chirurgicaux, mode de vie, signes cliniques généraux, fonctionnels, traitements en cours) est **PRIMORDIAL** dans l'exploration d'un syndrome inflammatoire persistant.
- ❖ Toujours éliminer l'endocardite
- ❖ Penser aux foyers infectieux dentaires

1 Quelles sont les valeurs normales de la VS à la première heure ?

.....

2 Quelles sont les principales causes d'accélération de la VS ?

.....

3 Quelles sont les caractéristiques d'une anémie inflammatoire ?
Quel en est le bilan ferrique ?

.....

4 Qu'observe-t-on à l'électrophorèse des protéines plasmatiques
lors d'un syndrome inflammatoire ?

.....

5 Qu'observe-t-on habituellement à la NFS lors d'un syndrome
inflammatoire ?

.....

6 Quels sont les éléments biologiques évocateurs de syndrome
inflammatoire ?

.....

7 Citer 2 causes de diminution de l'haptoglobine.

.....

8 Quelles sont les caractéristiques cliniques d'une inflammation localisée ?

.....

9 Citer les 3 phases de l'inflammation.

.....

10 Quelle est l'enzyme cible des anti-inflammatoires non stéroïdiens ? Quel est son rôle ?

.....

11 Quelle est la cible finale des corticoïdes ? Quel est son rôle ?

.....

12 Quelles sont les principales causes de syndrome inflammatoire prolongé ?

.....

13 Que doit-on systématiquement évoquer chez un patient de plus de 60 ans avec une VS supérieure à 100 mm à la première heure ?

.....

14 Devant une altération de l'état général, syndrome inflammatoire prolongé et splénomégalie, quelle pathologie infectieuse doit-on toujours rechercher ?

.....

15 Quels sont les éléments du mode de vie du patient à prendre en compte lors de l'exploration d'un syndrome inflammatoire prolongé ?

.....

16 Quelles sont les 2 principales causes de fièvre désarticulée ?

.....

- 17** Qu'évoquez-vous en première intention chez un sujet noir, présentant une neutropénie, avec un examen clinique strictement normal ? Comment le confirmer ?
-

1 Quelles sont les valeurs normales de la VS à la première heure ?

- Chez l'homme : $VS \leq 15$ mm
- Chez la femme : $VS \leq 20$ mm
- Après 60 ans : $VS \leq 30$ mm
- Chez la femme enceinte : $VS \leq 50$ mm

2 Quelles sont les principales causes d'accélération de la VS ?

- Syndrome inflammatoire
- Immunoglobuline monoclonale circulante
- Anémie
- Hypergammaglobulinémie chronique polyclonale non spécifique

3 Quelles sont les caractéristiques d'une anémie inflammatoire ? Quel en est le bilan ferrique ?

- Anémie microcytaire ou normocytaire hypochrome arégénérative
- Fer sérique diminué
- Transferrine diminuée
- Capacité totale de fixation de la transferrine normale ou augmentée
- Ferritinémie augmentée

4 Qu'observe-t-on à l'électrophorèse des protéines plasmatiques lors d'un syndrome inflammatoire ?

- Hyper alphaglobulinémie
- Hyper gammaglobulinémie
- Hypoalbuminémie

5 Qu'observe-t-on habituellement à la NFS lors d'un syndrome inflammatoire ?

- Anémie (QS)
- Hyperplaquettose
- Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles

- 6** Quels sont les éléments biologiques évocateurs de syndrome inflammatoire ?
- VS accélérée
 - CRP augmentée
 - Haptoglobine, orosomucoïde, fibrinogène augmentés
 - NFS, bilan martial, électrophorèse des protéines : QS
- 7** Citer 2 causes de diminution de l'haptoglobine.
- Hémolyse
 - Insuffisance hépato-cellulaire
- 8** Quelles sont les caractéristiques cliniques d'une inflammation localisée ?
- Douleur
 - Chaleur
 - Rougeur
 - Œdème
- 9** Citer les 3 phases de l'inflammation.
- Phase vasculaire
 - Phase cellulaire
 - Phase de réparation
- 10** Quelle est l'enzyme cible des anti-inflammatoires non stéroïdiens ? Quel est son rôle ?
- La cyclo-oxygénase
 - Transforme l'acide arachidonique en prostaglandines et thromboxane
- 11** Quelle est la cible finale des corticoïdes ? Quel est son rôle ?
- La phospholipase A 2
 - Transforme les phospholipides en acide arachidonique
- 12** Quelles sont les principales causes de syndrome inflammatoire prolongé ?
- Infection (tuberculose, endocardite, foyers infectieux profonds...)
 - Néoplasie (cancer solide, hémopathie)
 - Maladie inflammatoire systémique (vascularite, connectivite, granulomatose)
 - Origine inconnue

13 Que doit-on systématiquement évoquer chez un patient de plus de 60 ans avec une VS supérieure à 100 mm à la première heure ?

- **Maladie de Horton**

14 Devant une altération de l'état général, syndrome inflammatoire prolongé et splénomégalie, quelle pathologie infectieuse doit-on toujours rechercher ?

- **Endocardite subaiguë (d'Osler)**

15 Quels sont les éléments du mode de vie du patient à prendre en compte lors de l'exploration d'un syndrome inflammatoire prolongé ?

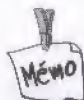
- **Profession (égoutier, professionnel de santé, éleveur...)**
- **Voyages récents**
- **Animaux familiers**
- **État de santé de l'entourage**
- **État vaccinal, traitements en cours**
- **Alcoolisme, tabagisme, toxicomanie intraveineuse**
- **Toxicomanie, pratiques sexuelles à risque,**
- **Consommation de fromages (listériose, brucellose), de fruits de mer (hépatite, salmonelle)**
- **Promenades en forêt (Lyme), baignades de rivière (leptospirose)**

16 Quelles sont les 2 principales causes de fièvre désarticulée ?

- **Lymphome**
- **Leishmaniose viscérale**

17 Qu'évoquez-vous en première intention chez un sujet noir, présentant une neutropénie, avec un examen clinique strictement normal ? Comment le confirmer ?

- **Neutropénie ethnique par hypermargination des polynucléaires neutrophiles**
- **Contrôle de la NFS après un exercice physique (elle doit se normaliser)**



- ❖ Très fréquent, doublement du nombre d'allergiques ces 20 dernières années
- ❖ Expressions cliniques polymorphes
- ❖ Risque vital possible
- ❖ Handicap, retentissement économique (7 millions de journées de travail perdues en France par an)
- ❖ Classification de Gell et Coombs

1 Quelle est la fréquence actuelle des allergies ?

2 Quels facteurs peuvent expliquer l'augmentation de la prévalence des allergies ?

3 Définir un trophallergène.

4 Quels sont les trophallergènes les plus fréquents en France chez l'enfant ?

5 Quelles sont les manifestations cliniques possibles d'une allergie alimentaire aiguë ?

6 Quelle est la manifestation habituelle d'une allergie alimentaire chronique ?

7 Citer des pneumallergènes.

8 Comment définit-on une allergie aux venins d'hyménoptères ?
Combien de décès peut-on leur attribuer par an en France ?

.....

9 Citer 3 manifestations allergiques pouvant mettre en jeu le pronostic vital à court terme.

.....

10 Quelle allergie croisée peut-on craindre chez un patient allergique aux fruits exotiques (kiwi, fruits de la passion, banane) professionnel de santé ?

.....

11 Quelle est l'allergie croisée la plus fréquente ?

.....

12 Décrire la classification de Gell et Coombs.

.....

13 Donner des exemples de maladie pour chaque type d'hypersensibilité.

.....

14 Quelles sont les manifestations liées au terrain atopique ?

.....

15 Quels sont les principes d'identification d'un allergène à l'interrogatoire ?

.....

16 Quelles sont les méthodes d'investigation d'une allergie ?

.....

17 Quels types d'hypersensibilité explorent un prick-test et un patch-test ?

.....

18 Citer 4 types de médicaments utilisables dans le traitement des allergies.

.....

19 Quel est le « traitement » allergologique essentiel d'une allergie ?

.....

20 Quelles sont les conditions pour pouvoir proposer une désensibilisation ?

.....

21 Quelles sont les contre-indications à la désensibilisation ?

.....

22 Quelle est la principale indication de la désensibilisation ?

.....

23 Quel est le traitement du choc anaphylactique à l'amoxicilline (sans les posologies) ?

.....

1 Quelle est la fréquence actuelle des allergies ?

- 10 à 20 % de la population

2 Quels facteurs peuvent expliquer l'augmentation de la prévalence des allergies ?

- Héritéité (2 parents allergiques = 50 % de devenir allergique)
- Hygiène cutanée trop agressive (détergents, lingettes...)
- Diversification trop précoce de l'alimentation
- Acariens, poussières, blattes favorisés par les moquettes, tentures, appartements trop chauffés
- Pollution (TABAGISME PASSIF, pollution industrielle et automobile)
- Infections virales de l'enfant
- Augmentation des pollens (terrains en jachère)
- Consommation de fruits exotiques
- Stress ?

3 Définir un trophallergène.

- Allergène d'origine alimentaire

4 Quels sont les trophallergènes les plus fréquents en France chez l'enfant ?

- Œuf
- Poisson
- Lait
- Arachide
- Moutarde
- Noisette
- Crustacés

5 Quelle sont les manifestations cliniques possibles d'une allergie alimentaire aiguë ?

- Prurit des lèvres, du palais, de la gorge
- Rhinite, conjonctivite
- Crise d'asthme
- Œdème des lèvres, de la langue voire du pharynx : œdème de Quincke
- Urticaire
- Choc anaphylactique

- 6** Quelle est la manifestation habituelle d'une allergie alimentaire chronique ?
- Eczéma
- 7** Citer des pneumallergènes.
- Poussières de maison (acariens)
 - Blattes
 - Moisissures
 - Phanères d'animaux
 - Pollens
 - Origine professionnelle
- 8** Comment définit-on une allergie aux venins d'hyménoptères ? Combien de décès peut-on leur attribuer par an en France ?
- Réaction allergique locale si le diamètre de la réaction cutanée est supérieur à 10 cm pendant plus de 24 heures
 - 10 morts par an en moyenne
- 9** Citer 3 manifestations allergiques pouvant mettre en jeu le pronostic vital à court terme.
- Choc anaphylactique
 - Œdème de Quincke
 - Asthme aigu grave
- 10** Quelle allergie croisée peut-on craindre chez un patient allergique aux fruits exotiques (kiwi, fruits de la passion, banane) professionnel de santé ?
- Allergie au latex
- 11** Quelle est l'allergie croisée la plus fréquente ?
- Allergie aux pollens d'arbre + allergie alimentaire à certains fruits et légumes
- 12** Décrire la classification de Gell et Coombs.
- ⇒ Classification des hypersensibilités :
- Type I : hypersensibilité immédiate, mettant en jeu les IgE
 - Type II : hypersensibilité cytotoxique et cytolytique, mettant en jeu les IgG et le Complément
 - Type III : hypersensibilité semi-tardive, mettant en jeu des complexes immuns circulants
 - Type IV : hypersensibilité tardive, mettant en jeu des lymphocytes T

13 Donner des exemples de maladie pour chaque type d'hyper-sensibilité.

- Type I : choc anaphylactique, urticaire, asthme, rhinite allergique
- Type II : cytopénies médicamenteuses
- Type III : vascularites, alvéolites allergiques extrinsèques, néphropathies immuno-allergiques
- Type IV : eczéma de contact

14 Quelles sont les manifestations liées au terrain atopique ?

- Rhinite allergique
- Conjonctivite allergique
- Asthme allergique
- Dermate atopique
- Urticaire

15 Quels sont les principes d'identification d'un allergène à l'interrogatoire ?

- Interrogatoire minutieux
- Règle des 3 unités :
 - unité de temps : périodicité du phénomène, saison
 - unité de lieu : par exemple la campagne, la proximité d'un animal domestique
 - unité d'action
- Épreuves empiriques (faites par le patient) d'éviction/réintroduction de l'allergène

16 Quelles sont les méthodes possibles d'investigation d'une allergie ?

- Clinique : symptômes, recherche de l'allergène
- Prick-test
- Patch-test
- Épreuves d'éviction/réintroduction sous surveillance
- Épreuve de provocation
- IgE totales (peu utiles)
- IgE spécifiques (RAST)
- Test de dégranulation des basophiles (rarement réalisé)

17 Quels types d'hypersensibilité explorent un prick-test et un patch-test ?

- **prick-test : hypersensibilité de type I (lecture à 20 minutes)**
- **patch-test : hypersensibilité de type IV (lecture à 48 heures)**

18 Citer 4 types de médicaments utilisables dans le traitement des allergies.

- **Corticoides**
- **Antihistaminiques H1**
- **Adrénaline**
- **Cromones**

19 Quel est le « traitement » allergologique essentiel d'une allergie ?

- **ÉVICTION DE L'ALLERGÈNE**

20 Quelles sont les conditions pour pouvoir proposer une désensibilisation ?

- **Allergène identifié**
- **Maladie IgE dépendante**

21 Quelles sont les contre-indications à la désensibilisation ?

- **Maladie dysimmunitaire**
- **Contre-indication à l'adrénaline**
- **Maladie générale grave**
- **Non compliance**

22 Quelle est la principale indication de la désensibilisation ?

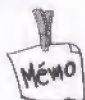
- **Allergie au venin d'hyménoptères**

23 Quel est le traitement du choc anaphylactique à l'amoxicilline (sans les posologies) ?

- **ARRÊT DE L'AMOXICILLINE**
- **Hospitalisation en urgence en réanimation**
- **Oxygénothérapie**
- **ADRÉNALINE intraveineuse**
- **REMPLISSAGE VASCULAIRE (solutés les moins allergisants = cristalloïdes)**
- **Corticothérapie intraveineuse**
- **Antibiothérapie adaptée à l'infection (sauf bêta-lactamines)**
- **SURVEILLANCE**

Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. Urticaire, dermatites atopiques et de contact

Question rédigée par le docteur Guillaume Bussone



- ❖ Diagnostic clinique
- ❖ Importance de l'interrogatoire
- ❖ Eczéma : lésions érythémato-vésiculeuses
- ❖ Urticaire : papules prurigineuses labiles
- ❖ Œdème de Quincke : risque d'asphyxie
- ❖ Recherche et éviction des facteurs favorisants
- ❖ Traitement symptomatique
- ❖ Émollients si eczéma

1 Quelles sont les caractéristiques cliniques typiques de l'urticaire ?

.....

2 Quelles sont les caractéristiques cliniques de l'œdème de Quincke ?

.....

3 Quelle est l'histologie de ces manifestations cutanées ?

.....

4 Quels sont les signes associés à rechercher en cas d'urticaire ?

.....

5 Préciser quels sont les éléments importants de l'interrogatoire dans l'exploration de l'urticaire.

.....

6 Quel bilan paraclinique est nécessaire en cas d'urticaire ?

.....

7 Quelles sont les étiologies de l'urticaire et de l'œdème de Quincke ?

8 Citer différents types d'urticaire physique.

9 Quelles sont les caractéristiques des urticaires de contact ?

10 Quelles sont les caractéristiques d'un œdème angio-neurotique ?

11 Quel est le traitement de l'urticaire aiguë et de l'œdème de Quincke ?

12 Quelle est la physiopathologie d'un eczéma de contact ?

13 Comment fait-on le diagnostic clinique d'un eczéma aigu ?

14 Quelles sont les particularités cliniques en fonction de la topographie ?

15 Quelles sont les modifications de l'eczéma lors de son passage à la chronicité ?

16 Y a-t-il un intérêt à la biopsie cutanée ? Quels en seraient les résultats ?

17 Quelles sont les étiologies des eczémas de contact ?

18 Quels sont les éléments cliniques en faveur d'un eczéma de contact ?

19 Comment confirme-t-on le diagnostic d'eczéma de contact ?

20 Quelles sont les principales caractéristiques des dermites d'irritation ?

21 Quel est le traitement d'un eczéma de contact ?

22 Quels sont les critères majeurs de diagnostic d'une dermatite atopique ?

23 Quelles sont les caractéristiques cliniques de la dermatite atopique chez le nourrisson ?

24 Quelle est l'évolution de la dermatite atopique ?

25 Quelles sont les complications de la dermatite atopique ?

26 Quel est le traitement médicamenteux d'une poussée de dermatite atopique ?

27 Quelles sont les mesures à associer au traitement médicamenteux de la dermatite atopique ?

28 Quels sont les effets secondaires locaux des dermocorticoïdes ?

1 Quelles sont les caractéristiques cliniques typiques de l'urticaire ?

- Papules érythémateuses au centre plus clair, bien limitées, labiles, fermes et élastiques, prurigineuses
- Aiguë (< 6 semaines) ou chronique

2 Quelles sont les caractéristiques cliniques de l'œdème de Quincke ?

- Tuméfaction localisée, ferme, mal limitée, blanchâtre ou légèrement rosée
- Sensation de tension cutanée, sans prurit
- Topographie : zones à tissu sous-cutané lâche, muqueuses (risque d'asphyxie brutale par œdème de la glotte)
- Lésion moins fugace que l'urticaire : persiste quelques heures

3 Quelle est l'histologie de ces manifestations cutanées ?

- Urticaire : œdème du derme superficiel, vasodilatation, infiltrat péricapillaire discret
- Œdème de Quincke : œdème dermique profond ou hypodermique

4 Quels sont les signes associés à rechercher en cas d'urticaire ?

- Manifestations générales : fièvre, arthralgies, troubles digestifs, signes de vascularite
- Manifestations cliniques de l'anaphylaxie : rhinite, conjonctivite, asthme, choc
- Œdème de Quincke associé

5 Préciser quels sont les éléments importants de l'interrogatoire dans l'exploration de l'urticaire.

- Antécédents personnels et familiaux
- Facteur déclenchant : contact avec un urticant, médicament, aliment histamino-libérateur, infection, saison, et efficacité d'une éventuelle éviction
- Signes associés

6 Quel bilan paraclinique est nécessaire en cas d'urticaire ?

- AUCUN en général
- Sauf si manifestations sévères, inefficacité thérapeutique ou arguments cliniques en faveur d'une cause sous-jacente :
 - NFS, VS, biopsie cutanée, bilan hépatique
 - bilan infectieux : parasitaire (EPS), viral (prodrome hépatite B), bactérien (ECBU, ORL)
 - prick-tests, RAST voire test de provocation : allergie ? (aliments, pneumallergènes)
 - autres : TSH, complément, FAN

7 Quelles sont les étiologies de l'urticaire et de l'œdème de Quincke ?

- Urticaire de contact
- Aliments : 6 à 8 heures après l'ingestion
- Médicaments : critères d'imputabilité intrinsèque et extrinsèque
- Piqûres d'hyménoptères : risque de choc anaphylactique en quelques heures
- Infections
- Urticaire physique
- Pneumallergènes : sur terrain atopique
- Urticaire symptôme : lupus, hyperthyroïdie, hémopathie, maladie de Still, cryoglobulinémie
- Œdème angio-neurotique

8 Citer différents types d'urticaire physique.

- Urticaire chronique en général
- Dermographisme
- Urticaire retardée à la pression
- Au froid : idiopathique (test au glaçon), infections virales, vascularite, cryoglobulinémie
- Cholinergique
- Autres : adrénérgiques (émotions), vibrations, solaire, aquagénique

9 Quelles sont les caractéristiques des urticaires de contact ?

- Produits en cause : végétaux, animaux, alimentaires, textiles, cosmétiques, topiques, industriels
- Localisée à la zone de contact puis risque de généralisation, d'œdème de Quincke voire de choc anaphylactique

- Diagnostic :
 - contexte
 - tests épicutanés en milieu hospitalier avec matériel de réanimation disponible

10 Quelles sont les caractéristiques d'un œdème angio-neurotique ?

- Déficit quantitatif (= type I) ou qualitatif (= type II) en inhibiteur de la C1-estérase
- Œdèmes de Quincke récidivants cutanéomuqueux et sous-muqueux, spontanés ou après un facteur déclenchant (traumatisme, infection, médicaments, stress)
- Mise en jeu du pronostic vital dans les localisations sous-muqueuses
- Forme héréditaire autosomique dominante : C4 effondré, C2 abaissé lors des poussées
- Forme acquise : plus tardif, C4, C2 et C1 toujours abaissés

11 Quel est le traitement de l'urticaire aiguë et de l'œdème de Quincke ?

- Systématiquement : éviction de l'agent causal, arrêt des médicaments suspects
- Urticaire non compliquée : antihistaminique H1 per os (Polaramine®)
- Œdème de Quincke sans mise en jeu du pronostic vital :
 - 2 ampoules/24 h de Polaramine® IM pendant 3 jours, prescrire de l'adrénaline en aérosol
 - surveillance puis retour à domicile
 - expliquer les signes de gravité, la nécessité de surveillance
- Œdème de Quincke avec atteinte pharyngo-laryngée sans choc :
 - adrénaline en urgence + 2 ampoules de Polaramine® + Solumédrol®
 - intubation voire trachéotomie

12 Quelle est la physiopathologie d'un eczéma de contact ?

- Hypersensibilité retardée à médiation cellulaire (type IV)
- Sensibilisation lors du premier contact :
 - phase asymptomatique durant 8-15 jours
 - allergène (= haptène + vecteur) présenté aux LT4 via les cellules de Langerhans
 - expansion brutale des LT, formation des LT mémoire, migration vers l'épiderme

- Révélation dans les 24–96 heures suivant la nouvelle exposition avec réaction inflammatoire spécifique et non spécifique puis amplification
- Régulation avec disparition spontanée des lésions en 3–6 jours

13 Comment fait-on le diagnostic clinique d'un eczéma aigu ?

- Érythème puis vésicules, se rompant spontanément ou après grattage avec suintement clair
- Apparition de croûtes par assèchement, se regroupant en nappes à contours émiettés
- Desquamation
- Prurit +++

14 Quelles sont les particularités cliniques de l'eczéma en fonction de la topographie ?

- Visage : œdème ++
- Paumes, plantes, faces latérales des doigts : dysidrose

15 Quelles sont les modifications de l'eczéma lors de son passage à la chronicité ?

- Disparition des vésicules et du suintement
- Épaississement de l'épiderme dû au prurit avec fissures, lichénification, pigmentation
- Eczéma sec, hyperkératosique, douloureux et fissuraire aux paumes et plantes

16 Y a-t-il un intérêt à la biopsie cutanée pour le diagnostic d'eczéma ? Quels en seraient les résultats ?

- NON : diagnostic clinique
- Épiderme :
 - spongiose : œdème dissociant les kératinocytes et formant des vésicules
 - exocytose : présence de lymphocytes dans l'épiderme
- Derme : infiltrat inflammatoire périvasculaire
- Eczéma chronique : épaississement de l'épiderme prédominant

17 Quelles sont les étiologies des eczémas de contact ?

- Métaux : nickel, chrome, cobalt...
- Cosmétiques et produit d'hygiène : parfums, laques...

- Médicaments : baume du pérou, antibiotiques, *Kétum*, corticoïdes...
- Vêtements : colles, colorants
- Plantes et aliments : primevères
- Photo-allergènes (allergènes + irradiation solaire) : sulfamides, phénothiazines, *Kétum*, cosmétiques
- Professionnel : nickels, latex, chrome, caoutchouc...

18 Quels sont les éléments cliniques en faveur d'un eczéma de contact ?

- Interrogatoire :
 - antécédents : terrain allergique professionnel ou familial
 - recherche d'un allergène responsable avec eczéma 24 à 96 h après l'exposition
 - chronologie des poussées d'eczéma, topographie de l'éruption
 - profession et rapports avec l'eczéma
- Examen clinique : topographie des lésions ++ \Rightarrow surtout au niveau du contact avec possibilité de lésions à distance

19 Comment confirme-t-on le diagnostic d'eczéma de contact ?

- Tests épicutanés ou patch-tests
- Test négatif : pas de modification de la peau
- Test positif : 3 stades \Rightarrow érythème puis œdème + début de vésiculation puis vésiculation marquée
- Photopatch-test pour les photo-allergènes

20 Quelles sont les principales caractéristiques des dermites d'irritation ?

- Aiguës :
 - apparition rapide après contact avec douleur plus que prurit
 - localisation limitée au point de contact sans localisation à distance
 - plaques érythémateuses, bulleuses à limites nettes
- Chroniques :
 - lésions douloureuses limitées à la zone de contact
 - aspect rugueux, squameux, crevassé des mains
- Test épicutané : douleur + érythème, œdème, bulle ou nécrose

21 Quel est le traitement d'un eczéma de contact ?

- Éviction de l'allergène
- Traitement médicamenteux symptomatique :
 - dermocorticoïdes : niveau II 1 ou 2 fois/jour en général
 - antibiothérapie si impétiginisation, antihistaminiques si prurit
- Puis décroissance progressive des corticoïdes (application et classe)
- Émollients gras, pas de topiques allergisants
- Si aggravation de l'eczéma sous dermocorticoïdes : possible sensibilisation
- +/- reclassement professionnel

22 Quels sont les critères majeurs de diagnostic d'une dermatite atopique ?

⇒ 4 critères :

- Prurit
- Évolution récidivante et/ou chronique
- Topographie et aspect typique des lésions
- Terrain atopique : antécédents personnels et/ou familiaux

23 Quelles sont les caractéristiques cliniques de la dermatite atopique chez le nourrisson ?

- Début vers 3 mois en général
- Eczéma aigu typique, symétrique
- Localisations : zones convexes du visage, lobule des oreilles, pli rétro-auriculaire, cuir chevelu, pousseux, convexité des membres +/- généralisation
- Sécheresse cutanée diffuse

24 Quelle est l'évolution de la dermatite atopique ?

- Lichénification et lésions de grattage
- Modification de la localisation : plis de flexion, doigts, paumes et plantes, lèvres, mamelons, plis sous-auriculaires
- Évolution par poussées en fonction des saisons, des infections, des stimulations immunitaires, du stress
- Aggravation des lésions pendant les premières années puis disparition totale ou partielle

25 Quelles sont les complications de la dermatite atopique ?

- Extension et généralisation de l'eczéma
- Impétiginisation à staphylocoque

- Surinfection virale : syndrome de Kaposi-Juliusberg, efflorescence de Molluscum contagiosum
- Retentissement psycho-affectif

26 Quel est le traitement médicamenteux d'une poussée de dermatite atopique ?

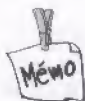
- Émollients sur toute la surface corporelle
- Traitement de l'eczéma par corticothérapie locale :
 - classe en fonction de l'âge, de l'étendue et de la localisation
 - décroissance rapide avec traitement à jour alterné
 - noter la quantité utilisée
- +/- antihistaminiques, antibiothérapie
- Pas de topiques sensibilisants

27 Quelles sont les mesures à associer au traitement médicamenteux de la dermatite atopique ?

- Poursuite des émollients en dehors des poussées
- Mesures d'hygiène :
 - sous-vêtements en coton
 - douche ou bains pas trop chauds, atmosphère pas trop sèche
 - diminution des pneumallergènes, éviction d'un éventuel facteur déclenchant
 - prévention des infections virales
- Vaccination en dehors des poussées
- +/- crénothérapie, psychothérapie
- Éducation des parents

28 Quels sont les effets secondaires locaux des dermocorticoïdes ?

- Irritation immédiate, allergie de contact
- Atrophie cutanée : télangiectasies, vergetures, purpura, ecchymoses, cicatrices
- Ralentissement de la cicatrisation
- Hypertrichose, acné
- Granulome glutéal infantile : si application sous les couches
- Cataracte, glaucome : si application sur les paupières
- Infections
- Dépendance, rebond



- ❖ Risque vital : asthme aigu grave
- ❖ Environ 2 000 décès par an liés à l'asthme
- ❖ Importance du suivi et du traitement de fond de l'asthmatique
- ❖ Asthme = hyperréactivité bronchique

1 Quelles sont les 3 pathologies regroupées dans le terme « allergie respiratoire » ?

2 Quelle est la sémiologie typique de la rhinite allergique ?

3 Quels sont les 2 types de rhinite allergique que l'on distingue selon leur évolution dans l'année ?

4 Quelle pathologie faut-il systématiquement rechercher devant une rhinite allergique ?

5 Quels diagnostics différentiels doit-on évoquer devant une rhinite allergique ?

6 Décrire le syndrome de Widal.

7 Définir l'asthme du nourrisson.

8 Quelle est la définition physiopathologique de l'asthme ?

9 Quelles sont les caractéristiques d'une crise d'asthme aux EFR ?

10 Qu'évoquez-vous en priorité chez un patient de 50 ans qui présente un épisode de dyspnée respiratoire sifflante pour la première fois ?

.....

11 Quelle est la fréquence de l'étiologie allergique dans l'asthme ?

.....

12 Quels sont les critères d'asthme instable ?

.....

13 Quelle est la conséquence thérapeutique du diagnostic d'asthme instable ?

.....

14 Quelles sont les valeurs normales du débit expiratoire de pointe chez l'adulte ?

.....

15 Quels sont les principes du traitement médicamenteux de l'asthme ?

.....

16 Quelles autres mesures doit-on prendre ?

.....

17 Citer 2 pathologies entrant dans le cadre des alvéolites allergiques extrinsèques.

.....

18 Décrire le lavage broncho-alvéolaire (LBA) d'une alvéolite allergique extrinsèque.

.....

19 Quel est l'examen biologique le plus utile pour le diagnostic d'alvéolite allergique extrinsèque ?

.....

20 Quel est le traitement d'une alvéolite allergique extrinsèque ?

.....

1 Quelles sont les 3 pathologies regroupées dans le terme « allergie respiratoire » ?

- Rhinite allergique
- Asthme allergique
- Alvéolite allergique extrinsèque

2 Quelle est la sémilogie typique de la rhinite allergique ?

- Éternuements
- Rhinorrhée aqueuse
- Obstruction nasale
- Larmolement, prurit oculaire

3 Quels sont les 2 types de rhinite allergique que l'on distingue selon leur évolution dans l'année ?

- Rhinite allergique saisonnière (« rhume des foins ») : allergie aux pollens
- Rhinite allergique perannuelle : allergie aux allergènes domestiques (blattes, acariens, phanères d'animaux...)

4 Quelle pathologie faut-il systématiquement rechercher devant une rhinite allergique ?

- Asthme allergique : association très fréquente

5 Quels diagnostics différentiels doit-on évoquer devant une rhinite allergique ?

- NARES (Non Allergic Rhinitis with Eosinophilic Syndrome)
- Rhinite vasomotrice
- Polyposse naso-sinusienne
- Rhinite atrophique

6 Décrire le syndrome de Widal.

Association de :

- Polyposse naso-sinusienne
- Asthme
- Intolérance à l'Aspirine

7 Définir l'asthme du nourrisson.

- C'est la survenue de 3 crises dyspnéiques expiratoires avant l'âge de 2 ans (peu importe les circonstances de survenue).

8 Quelle est la définition physiopathologique de l'asthme ?

- C'est une bronchite chronique à ÉOSINOPHILES aboutissant à un remodelage de la membrane basale.
- On retrouve une bronchoconstriction, un œdème et une hypersécrétion bronchique.

9 Quelles sont les caractéristiques d'une crise d'asthme aux EFR ?

- Syndrome obstructif RÉVERSIBLE sous bêta2-mimétiques.

10 Qu'évoquez-vous en priorité chez un patient de 50 ans qui présente un épisode de dyspnée respiratoire sifflante pour la première fois ?

- CEDÈME AIGU DU POUMON CARDIOGÉNIQUE

11 Quelle est la fréquence de l'étiologie allergique dans l'asthme ?

- Environ 70 %

12 Quels sont les critères d'asthme instable ?

- Augmentation de la fréquence des crises
- Aggravation au petit matin
- Moindre sensibilité aux bêta2-mimétiques
- Baisse du Débit Expiratoire de Pointe (DEP)
- Variations du DEP supérieures à 30 %
- Augmentation de la consommation de bêta2-mimétiques

13 Quelle est la conséquence thérapeutique du diagnostic d'asthme instable ?

- Institution d'une CORTICOTHÉRAPIE ORALE en urgence.

14 Quelles sont les valeurs normales du débit expiratoire de pointe chez l'adulte ?

- Chez la femme : DEP = 400 à 500 l/min
- Chez l'homme : DEP = 500 à 600 l/min

15 Quels sont les principes du traitement médicamenteux de l'asthme ?

- **Traitement de la crise : nébulisations de bêta2-mimétiques (éducation du patient pour la prise)**
- **Traitement de fond adapté à la sévérité de l'asthme :**
 - **asthme intermittent (asthme contrôlé) : pas de traitement de fond**
 - **asthme persistant léger (symptômes hebdomadaires) : corticoïdes inhalés à faible dose**
 - **asthme persistant modéré (symptômes quotidiens) : corticoïdes inhalés à forte dose + bronchodilatateurs (le plus souvent bêta2-mimétiques de longue durée d'action per os : par exemple Serevent®)**
 - **asthme persistant sévère (symptômes permanents) : corticoïdes inhalés à forte dose + bronchodilatateurs + CORTICOTHÉRAPIE ORALE**

16 Quelles autres mesures doit-on prendre ?

- **CONTRÔLE DES FACTEURS FAVORISANTS :**
 - **éviction des allergènes**
- **Lutte contre le tabagisme (actif et passif)**
- **Traitement des foyers infectieux**
- **Arrêt des médicaments contre-indiqués (bêtabloquants surtout)**
- **Traitement d'un reflux gastro-œsophagien**
- **Traitement d'une rhinite allergique (corticoïdes locaux, antihistaminiques H1)**

17 Citer 2 pathologies entrant dans le cadre des alvéolites allergiques extrinsèques.

- **Maladie des éleveurs d'oiseaux**
- **Maladie du poumon de fermier**

18 Décrire le lavage broncho-alvéolaire (LBA) d'une alvéolite allergique extrinsèque.

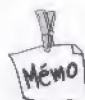
- **Hyperlymphocytose à lymphocytes CD8**

19 Quel est l'examen biologique le plus utile pour le diagnostic d'alvéolite allergique extrinsèque ?

- **Recherche des précipitines sériques (anticorps spécifiques)**

20 Quel est le traitement d'une alvéolite allergique extrinsèque ?

- **ÉViction des ALLERGÈNES**
- **Corticothérapie courte orale si les symptômes sont sévères**



- ❖ Fréquent : 5 à 10 % de la population, sexe féminin surtout
- ❖ Pathologies auto-immunes systémiques :
 - connectivites :
 - lupus érythémateux disséminé
 - syndrome de Gougerot-Sjögren
 - polymyosite et dermatopolymyosite
 - sclérodermie
 - polychondrite atrophiante
 - syndrome de Schulman
 - vascularites
- ❖ Principe de traitement : corticoïde et immuno-suppresseur
- ❖ Pathologies auto-immunes d'organes : tous les organes peuvent être touchés

I. PATHOLOGIES AUTO-IMMUNES SYSTÉMIQUES

1 Quelle est la méthode de dépistage des auto-anticorps ?

2 Quels sont les 4 types d'immunofluorescence retrouvés ?
Donner des exemples d'auto-anticorps pour chaque type.

3 Quelle est la première pathologie systémique auto-immune en fréquence ? La seconde ?

CONNECTIVITES :

4 Quel est le terrain de la sclérodermie systémique ?

5 Décrire les lésions cutanées de la sclérodermie.

.....

6 Quelles sont les particularités du syndrome de Raynaud lors de la sclérodermie ?

.....

7 Quelles sont les 2 formes cliniques de sclérodermie systémique ? Quels en sont les pronostics ? Quels sont les auto-anticorps recherchés ?

.....

8 Décrire le CREST syndrome.

.....

9 Quelle est la première cause de mortalité dans la sclérodermie systémique diffuse ?

.....

10 Quelles manifestations rhumatologiques peut-on observer dans la sclérodermie systémique diffuse ?

.....

11 Quelles autres atteintes peut-on rencontrer dans la sclérodermie systémique diffuse ?

.....

12 Décrire l'atteinte digestive dans la sclérodermie systémique.

.....

13 Décrire la crise rénale dans la sclérodermie systémique. Quel en est le traitement ?

.....

14 Citer les examens complémentaires principaux pour le diagnostic de sclérodermie.

.....

15 Quels sont les principes du traitement de la sclérodermie systémique diffuse ?

.....

16 Quelle est la différence entre un syndrome de Gougerot-Sjögren primitif et secondaire ?

.....

17 Comment explore-t-on une xérophtalmie ?

.....

18 Comment explore-t-on une xérostomie ?

.....

19 Quelles sont les autres atteintes possibles du syndrome de Gougerot-Sjögren ?

.....

20 Quels sont les auto-anticorps les plus spécifiques du syndrome de Gougerot-Sjögren ?

.....

21 Quel est l'intérêt de la biopsie des glandes salivaires accessoires ?

.....

22 Que montre l'électrophorèse des protéines plasmatiques lors du syndrome de Gougerot-Sjögren ?

.....

23 Quelle évolution redoute-t-on dans l'évolution du syndrome de Gougerot-Sjögren ?

.....

24 Quels sont les principes du traitement du syndrome de Gougerot-Sjögren ?

.....

25 Quel est le terrain de la dermatopolymyosite et de la polymyosite ?

26 Quelle pathologie faut-il systématiquement rechercher lors du diagnostic d'une polymyosite ?

27 Quelle est la sémilogie de l'atteinte musculaire de la polymyosite ?

28 Pourquoi l'ECC est-il indispensable devant TOUT tableau de myosite ?

29 Quels sont les différents mécanismes de l'atteinte pulmonaire au cours de la polymyosite ?

30 Décrire l'atteinte cutanée de la dermatopolymyosite.

31 Quels sont les examens complémentaires réalisés pour le diagnostic d'une polymyosite ?

32 Quels sont les auto-anticorps recherchés dans la polymyosite ?

33 Quels sont les principes du traitement d'une polymyosite ?

34 Quels sont les principaux éléments de surveillance d'une polymyosite ?

35 Définir la connectivite mixte.

- 36** Quels sont les auto-anticorps les plus spécifiques de la connectivite mixte ?
-

VASCULARITES

- 37** Quel est l'élément sémiologique pathognomonique de l'origine vasculaire d'un purpura ?
-

- 38** Quelle est la classification des vascularites selon la taille des vaisseaux ?
-

- 39** Que sont les cANCA et les pANCA ? À quelles pathologies sont-ils associés ?
-

- 40** Quel est le terrain de la PAN ?
-

- 41** Définir la PAN.
-

- 42** Quel est le mode de découverte habituel de la PAN et quels sont les principaux organes touchés ?
-

- 43** Décrire l'atteinte cutanée de la PAN.
-

- 44** Qu'évoquez-vous devant des douleurs abdominales chez un sujet présentant une PAN ?
-

- 45** Définir le terme multinévrite.
-

46 Quel bilan doit-on prescrire avant une ponction biopsie rénale chez un patient suspect de PAN ?

.....

47 Comment affirme-t-on le diagnostic de PAN ?

.....

48 Que peut-on retrouver à l'artériographie lors d'une PAN ?

.....

49 Quelle pathologie infectieuse doit-on impérativement rechercher devant une PAN ? Pourquoi ?

.....

50 Quelle est la physiopathologie du syndrome de Churg et Strauss et quelles en sont les principales manifestations ?

.....

51 Quelles sont les principales manifestations cliniques de la maladie de Behçet ?

.....

52 À quel haplotype HLA est associée la maladie de Behçet ?

.....

53 Quelles sont les 3 principales atteintes cliniques dans la maladie de Wegener ?

.....

54 Décrire les résultats de la biopsie rénale dans le cadre d'une glomérulonéphrite rapidement progressive d'une maladie de Wegener. Quelle est l'attitude thérapeutique devant cette histologie ?

.....

55 Quelles sont les 2 atteintes cliniques les plus fréquentes dans le purpura rhumatoïde ?

.....

- 56** Quelle atteinte conditionne le pronostic du purpura rhumatoïde ? Comment la dépister en consultation ?
-

II. PATHOLOGIES AUTO-IMMUNES D'ORGANES

ATTEINTE CUTANÉE

- 57** Citer 4 pathologies auto-immunes touchant la peau.
-

- 58** Quels anticorps recherchez-vous en immunofluorescence indirecte chez des patients porteurs de dermatose bulleuse ?
-

ATTEINTE ENDOCRINIENNE

- 59** Quels sont les principaux anticorps impliqués dans le diabète de type I ?
-

- 60** Qu'évoquez-vous chez une femme se plaignant de symptômes d'hypothyroïdie avec goitre ? Comment le confirmez-vous ?
-

- 61** Quels sont les auto-anticorps à rechercher pour le diagnostic de maladie de Basedow ?
-

- 62** Qu'évoquez-vous chez un patient asthénique depuis 3 mois qui vous montre son ionogramme sanguin : Na = 132 mmol/l ; K = 5,6 mmol/l ? Quelle en est l'étiologie la plus fréquente ?
-

- 63** Définir une polyendocrinopathie auto-immune (PEA).
-

ATTEINTE HÉPATIQUE

64 Quelle pathologie auto-immune doit-on suspecter chez une femme de 40 ans présentant une cholestase anictérique ? Quel examen biologique permet de confirmer ce diagnostic ?

65 Quelle est l'évolution habituelle de cette pathologie ?

66 Quel traitement doit-on envisager quand la bilirubinémie est supérieure à 150 $\mu\text{mol/l}$?

67 Quels sont les auto-anticorps recherchés pour le diagnostic des hépatites auto-immunes ?

ATTEINTE DIGESTIVE

68 Quels sont les auto-anticorps recherchés pour le diagnostic de maladie de Biermer ?

69 Décrire les anomalies hématologiques de la maladie de Biermer.

70 Quelle manifestation neurologique est typique d'anémie de Biermer ?

71 Quel est le traitement de la maladie de Biermer ?

72 Quelle complication doit-on redouter dans l'évolution d'une maladie de Biermer ? Quel examen de surveillance doit-on réaliser régulièrement ?

73 Quels auto-anticorps recherche-t-on dans la maladie cœliaque ?

.....

ATTEINTE NEUROLOGIQUE

74 Quels auto-anticorps faut-il rechercher pour faire le diagnostic de myasthénie ?

.....

75 À quelle pathologie est souvent associée la myasthénie ?
Comment la rechercher ?

.....

76 À quelle pathologie (rare) sont associés les anticorps anti-Hu ?

.....

I. PATHOLOGIES AUTO-IMMUNES SYSTÉMIQUES

- 1** Quelle est la méthode de dépistage des auto-anticorps ?
 - Immunofluorescence indirecte sur cellules humaines HEP-2
- 2** Quels sont les 4 types d'immunofluorescence retrouvés ? Donner des exemples d'auto-anticorps pour chaque type.
 - Périphérique : anti-ADN natif
 - Homogène : anti-histone
 - Mouchetée : anti-Sm, anti-SSA, anti-SSB, anti-RNP, anti-Scl70
 - Nucléolaire : anti-centromères
- 3** Quelle est la première pathologie auto-immune systémique en fréquence ? La seconde ?
 - Polyarthrite rhumatoïde suivie du syndrome de Gougerot-Sjögren

CONNECTIVITES :

- 4** Quel est le terrain de la sclérodermie systémique ?
 - Sexe féminin (3 femmes pour 1 homme), entre 30 et 50 ans
- 5** Décrire les lésions cutanées de la sclérodermie.
 - Infiltration cutanée scléreuse, la peau est luisante, indurée et se laisse difficilement pincer.
 - La conséquence est une rétraction des doigts en flexion et une limitation de l'ouverture buccale.
- 6** Quelles sont les particularités du syndrome de Raynaud lors de la sclérodermie ?
 - Fréquent (90 % des sclérodermies)
 - Atypique (réduit à sa phase cyanique)
 - Nécroses ou ulcérations digitales douloureuses
- 7** Quelles sont les 2 formes cliniques de sclérodermie systémique ? Quels en sont les pronostics ? Quels sont les auto-anticorps recherchés ?
 - Sclérodermie systémique limitée (sclérodactylie, CREST syndrome, acrosclérose) :
 - bon pronostic
 - anticorps anti-centromères

- Sclérodermie systémique diffuse :
 - mauvais pronostic
 - anticorps anti-Scl70

8 Décrire le CREST syndrome.

- Calcifications sous-cutanées
- Phénomène de Raynaud
- Œsophage dystonique (Esophagus)
- Sclérodactylie
- Télangiectasies

9 Quelle est la première cause de mortalité dans la sclérodermie systémique diffuse ?

- Fibrose pulmonaire

10 Quelles manifestations rhumatologiques peut-on observer dans la sclérodermie systémique diffuse ?

- Polyarthrite
- Ostéolyse des dernières phalanges
- Phénomène de Raynaud
- Faiblesse musculaire (myosite)
- Rarement : syndrome du canal carpien

11 Quelles autres atteintes peut-on rencontrer dans la sclérodermie systémique diffuse ?

- Pulmonaire (alvéolite neutrophilique puis fibrose ; HTAP secondaire à la fibrose ou d'allure primitive de pronostic très mauvais)
- Digestive
- Rénale
- Cardiaque (myocardiopathie, péricardite, spasmes coronaires)

12 Décrire l'atteinte digestive dans la sclérodermie systémique.

- Atteinte œsophagienne :
 - diminution du péristaltisme
 - reflux gastro-œsophagien (baisse du tonus du sphincter inférieur de l'œsophage)
 - la MANOMÉTRIE œsophagienne est souvent réalisée pour explorer ces anomalies.

- Gastroparésie
- Pullulation microbienne du grêle comme conséquence de la baisse du péristaltisme intestinal

13 Décrire la crise rénale dans la sclérodermie systémique. Quel en est le traitement ?

- Tableau de syndrome hémolytique et urémique de survenue imprévisible
- Tableau d'HTA maligne avec insuffisance rénale progressive et oligurie.
- Traitement par les IEC

14 Citer les examens complémentaires principaux pour le diagnostic de sclérodermie.

- Recherche des anticorps anti-centromères, anti-Scl70
- CAPILLAROSCOPIE : mégacapillaires

15 Quels sont les principes du traitement de la sclérodermie systémique diffuse ?

- Traitement symptomatique :
 - traitement du phénomène de Raynaud
 - traitement du RGO (la chirurgie est FORMELLEMENT CONTRE-INDIQUÉE)
 - traitement de l'HTA (IEC)
 - traitement de la gastroparésie (érythromycine)
- Traitement de fond : décevant
 - D-Pénicillamine ?
 - interféron gamma ?
 - les corticoïdes et immunosuppresseurs sont peu efficaces

16 Quelle est la différence entre un syndrome de Gougerot-Sjögren primitif et secondaire ?

- Syndrome de Gougerot-Sjögren primitif : xérostomie + xérophtalmie ISOLÉES
- Syndrome de Gougerot-Sjögren secondaire : xérostomie + xérophtalmie + maladie systémique

17 Comment explore-t-on une xérophtalmie ?

- Interrogatoire :
 - paupières collées le matin
 - sensation de corps étrangers intra-oculaires
 - brûlures oculaires

- Examen physique : kératite ponctuée superficielle
- Test de Schirmer
- Test au Rose Bengale
- Temps de rupture du film lacrymal

18 Comment explore-t-on une xérostomie ?

- Interrogatoire :
 - sensation de sécheresse buccale
 - gêne durant les repas
 - obligation de boire beaucoup lors d'un discours
- Examen physique :
 - lèvres sèches, fissurées
 - perlèche
 - glossite
 - hypertrophie des parotides
- Test au sucre (pathologique si le sucre n'est pas fondu avant 3 minutes)
- Biopsie des glandes salivaires accessoires
- La scintigraphie des glandes salivaires et la sialographie sont peu réalisées.

19 Quelles sont les autres atteintes possibles du syndrome de Gougerot-Sjögren ?

- Rhumatologiques :
 - polyarthrite non destructrice
 - myalgies
- Rénales :
 - tubulopathies (surtout distales)
- Pulmonaires :
 - fibrose
 - prolifération lympho-plasmocytaire
 - sécheresse trachéobronchique
- Cutanées :
 - purpura
 - phénomène de Raynaud
 - neurologique (central, périphérique, psychiatriques)
- Digestives :
 - dysphagie
 - hépatite auto-immune

20 Quels sont les auto-anticorps les plus spécifiques du syndrome de Gougerot-Sjögren ?

- Anti-SSA et anti-SSB

21 Quel est l'intérêt de la biopsie des glandes salivaires accessoires ?

- Retrouve l'infiltration lymphoplasmocytaire
- Classification de Chiselm

22 Que montre l'électrophorèse des protéines plasmatiques lors du syndrome de Gougerot-Sjögren ?

- Hypergammaglobulinémie polyclonale à un taux très élevé
- Pic monoclonal fréquent

23 Quelle évolution redoute-t-on dans l'évolution du syndrome de Gougerot-Sjögren ?

- Le LYMPHOME B

24 Quels sont les principes du traitement du syndrome de Gougerot-Sjögren ?

- Traitement symptomatique :
 - du syndrome sec : teinture de Jaborandi (sialagogue)
 - de la xérophtalmie : larmes artificielles
 - de la xérostomie : sucer des bonbons sans sucre
 - des arthralgies : anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Traitement de fond (à discuter) : antipaludéens de synthèse +/- corticoïdes

25 Quel est le terrain de la dermatopolymyosite et de la polymyosite ?

- Atteinte plus fréquente chez les femmes
- Dermatopolymyosite : enfant ou adulte
- Polymyosite : adulte (50-60 ans)

26 Quelle pathologie faut-il systématiquement rechercher lors du diagnostic d'une polymyosite ?

- Un CANCER (quel qu'il soit)

27 Quelle est la sémiologie de l'atteinte musculaire de la polymyosite ?

- Déficit bilatéral et symétrique des muscles PROXIMAUX
- Myalgies
- Parfois œdème musculaire
- Atteinte pharyngée (dysphagie, troubles de la déglutition)
- Signes négatifs : examen neurologique normal ; musculature oculaire épargnée

28 Pourquoi l'ECG est-il indispensable devant TOUT tableau de myosite ?

- Fréquence des troubles du rythme et de la conduction
- Myocardite parfois

29 Quels sont les différents mécanismes de l'atteinte pulmonaire au cours de la polymyosite ?

- Pneumopathie d'inhalation
- Pneumopathie infectieuse (immunodépression)
- Pneumopathie interstitielle liée à la maladie
- Pneumopathie interstitielle iatrogène (Méthotrexate)
- Bronchiolite oblitérante
- Hypoventilation alvéolaire par atteinte des muscles respiratoires
- HTAP précapillaire

30 Décrire l'atteinte cutanée de la dermatopolymyosite.

- Érythème rouge foncé, mal limité, photosensible, sur les parties découvertes
- Érythème lilacé des paupières supérieures
- Érythème péri-unguéal douloureux (signe de la manucure)
- Papules de Gottron
- Œdème élastique, ferme, inflammatoire

31 Quels sont les examens complémentaires réalisés pour le diagnostic d'une polymyosite ?

- Biologie :
 - élévation des enzymes musculaires (CPK, myoglobine, aldolase, LDH, ASAT)
 - syndrome inflammatoire
 - auto-anticorps

- Électromyogramme
- IRM musculaire
- BIOPSIE MUSCULAIRE indispensable : elle retrouve des zones de nécrose musculaire alternant avec des zones de régénération, infiltrat interstitiel lymphoplasmocytaire

32 Quels sont les auto-anticorps recherchés dans la polymyosite ?

- Anti-JO1 ; anti-PM1 ; anti-Ku

33 Quels sont les principes du traitement d'une polymyosite ?

- Traitement symptomatique : ergothérapie ; kinésithérapie
- Traitement de fond :
 - corticothérapie à 1 mg/kg de prednisone pendant 6 semaines
 - +/- immunosuppresseurs
 - +/- immunoglobulines intraveineuses

34 Quels sont les principaux éléments de surveillance d'une polymyosite ?

- Efficacité du traitement :
 - TESTING MUSCULAIRE ; échelles de performances
 - CPK
 - Recherche d'atteintes sévères (ECG ++++)
- Tolérance des corticoïdes (QS)

35 Définir la connectivite mixte.

- C'est une association d'éléments du lupus érythémateux disséminé, de polyarthrite rhumatoïde, de sclérodermie et de polymyosite.

36 Quels sont les auto-anticorps les plus spécifiques de la connectivite mixte ?

- Anti-RNP

VASCULARITES

37 Quel est l'élément sémiologique pathognomonique de l'origine vasculaire d'un purpura ?

- Purpura INFILTRÉ

38 Quelle est la classification des vascularites selon la taille des vaisseaux ?

- Vascularites touchant les artères de gros calibre (aorte et grosses branches de division) :
 - maladie de Horton
 - maladie de Takayasu
- Vascularites touchant les artères de moyen calibre (artères viscérales) :
 - périartérite noueuse
 - maladie de Kawasaki
- Vascularites touchant les artères de petit calibre (artérioles, capillaires, veinules) :
 - maladie de Wegener
 - polyangéite microscopique
 - maladie de Churg et Strauss
 - purpura rhumatoïde
 - cryoglobulinémie
 - maladie de Behçet

39 Que sont les cANCA et les pANCA ? À quelles pathologies sont-ils associés ?

- ANCA = anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles
- cANCA : anticorps anti-protéinase3 : maladie de Wegener
- pANCA : anticorps anti-myéloperoxydase : polyangéite microscopique et syndrome de Churg et Strauss

40 Quel est le terrain de la PAN ?

- Autant l'homme que la femme
- Entre 40 et 60 ans

41 Définir la PAN.

- Vascularite inflammatoire des vaisseaux de petit et moyen calibres ; évoluant par poussées

42 Quel est le mode de découverte habituel de la PAN et quels sont les principaux organes touchés ?

- Découverte : asthénie, amaigrissement, fièvre, arthralgies, myalgies, multinévrite

- Organes touchés :
 - peau
 - système nerveux :
 - périphérique (multinévrite)
 - central (vascularite cérébrale)
 - rein (néphropathie vasculaire le plus souvent ; parfois glomérulaire : GNRP)
 - myocarde
 - tube digestif
 - testicules : l'orchite est très évocatrice

43 Décrire l'atteinte cutanée de la PAN.

- Purpura vasculaire
- Nodules sur les trajets vasculaires
- Livedo
- Urticaire
- Lésions ulcéro-nécrotiques

44 Qu'évoquez-vous devant des douleurs abdominales chez un sujet présentant une PAN ?

- Ulcère gastro-duodéal
- Perforation intestinale
- Infarctus mésentérique
- Appendicite
- Cholecystite
- Pancréatite

45 Définir le terme multinévrite.

- C'est une atteinte asymétrique et asynchrone de plusieurs troncs nerveux. Elle s'intègre dans le cadre des neuropathies périphériques.

46 Quel bilan doit-on prescrire avant une ponction biopsie rénale chez un patient suspect de PAN ?

- ARTÉRIOGRAPHIE RÉNALE et le bilan habituel :
 - Biologie : NFS, plaquettes ; groupage ABO rhésus, RAI
hémostase complète : TP, TCA, temps de saignement, fibrinogène
ECBU
 - Morphologie :
échographie et tomographies rénales

47 Comment affirme-t-on le diagnostic de PAN ?

- Examen anatomo-pathologique d'une biopsie d'une zone cliniquement atteinte (souvent biopsie neuromusculaire dans le territoire du nerf sciatique poplité externe)
- On retrouve :
 - des lésions segmentaires des artères de moyen calibre
 - nécrose fibrinoïde des parois
 - infiltration de polynucléaires
 - thrombose de la lumière

48 Que peut-on retrouver à l'artériographie lors d'une PAN ?

- Micro-anévrysmes et sténoses étagées des artères de moyen calibre

49 Quelle pathologie infectieuse doit-on impérativement rechercher devant une PAN ? Pourquoi ?

- Hépatite B
- Conséquence thérapeutique : si la recherche de l'antigène HBs est positive, on ne traite pas la PAN de manière habituelle (corticoïdes et immunosuppresseurs) : il faut traiter l'hépatite B.

50 Quelle est la physiopathologie du syndrome de Churg et Strauss et quelles en sont les principales manifestations ?

- Vascularite à éosinophiles des vaisseaux de petit calibre
- Asthme grave de survenue tardive
- Hyperéosinophilie
- Autres localisations de vascularite

51 Quelles sont les principales manifestations cliniques de la maladie de Behçet ?

- Aphthose bipolaire (buccal/sexuel)
- Hypersensibilité au point de ponction
- Uvéite antérieure à hypopion ; ou uvéite postérieure
- Polyarthrite
- Méningo-encéphalite lymphocytaire
- Thromboses artérielles et veineuses

52 À quel haplotype HLA est associée la maladie de Behçet ?

- HLA B51

53 Quelles sont les 3 principales atteintes cliniques dans la maladie de Wegener ?

- ORL
- Pulmonaire
- Rénale

54 Décrire les résultats de la biopsie rénale dans le cadre d'une glomérulonéphrite rapidement progressive d'une maladie de Wegener. Quelle est l'attitude thérapeutique devant cette histologie ?

- Glomérulonéphrite nécrosante segmentaire et focale avec prolifération extra-capillaire formant des croissants. Absence de dépôts en immunofluorescence : glomérulonéphrite pauci-immune
- Immunosuppresseurs en URGENCE

55 Quelles sont les 2 atteintes cliniques les plus fréquentes dans le purpura rhumatoïde ?

- Atteinte cutanée (purpura)
- Atteinte digestive

56 Quelle atteinte conditionne le pronostic du purpura rhumatoïde ? Comment la dépister en consultation ?

- Atteinte rénale
- Bandelette urinaire

II. PATHOLOGIES AUTO-IMMUNES D'ORGANES

ATTEINTE CUTANÉE

57 Citer 4 pathologies auto-immunes touchant la peau.

- Pemphigus
- Pemphigoïde bulleuse
- Vitiligo
- Pelade

58 Quels anticorps recherchez-vous en immunofluorescence indirecte chez des patients porteurs de dermatose bulleuse ?

- Pemphigus : anticorps anti-substance intercellulaire
- Pemphigoïde bulleuse : anticorps anti-membrane basale

ATTEINTE ENDOCRINIENNE

59 Quels sont les principaux anticorps impliqués dans le diabète de type I ?

- Anticorps anti-cellules à des îlots de Langerhans
- Anticorps anti-GAD
- Anticorps anti-I A2
- Anticorps anti-insuline

60 Qu'évoquez-vous chez une femme se plaignant de symptômes d'hypothyroïdie avec goitre ? Comment le confirmez-vous ?

- Thyroïdite d'Hashimoto :
 - T4 basse
 - TSH augmentée
 - présence d'anticorps anti-thyroperoxydase et anti-thyroglobuline

61 Quels sont les auto-anticorps à rechercher pour le diagnostic de maladie de Basedow ?

- Anticorps anti-récepteurs de la TSH

62 Qu'évoquez-vous chez un patient asthénique depuis 3 mois qui vous montre son ionogramme sanguin : Na = 132 mmol/l ; K = 5,6 mmol/l ? Quelle en est l'étiologie la plus fréquente ?

- Insuffisance surrénale lente
- Étiologie la plus fréquente : auto-immune (anticorps anti-surrénales)

63 Définir une polyendocrinopathie auto-immune (PEA).

- Coexistence d'au moins 2 affections endocriniennes dont l'origine auto-immune est prouvée ou fortement suspectée.

ATTEINTE HÉPATIQUE

64 Quelle pathologie auto-immune doit-on suspecter chez une femme de 40 ans présentant une cholestase anictérique ? Quel examen biologique permet de confirmer ce diagnostic ?

- Cirrhose biliaire primitive
- Anticorps anti-mitochondries

65 Quelle est l'évolution habituelle de cette pathologie ?

- D'abord asymptomatique
- Cholestase anictérique
- Ictère (voies biliaires intra-hépatiques non dilatées à l'échographie)
- Cirrhose et ses complications

66 Quel traitement doit-on envisager quand la bilirubinémie est supérieure à 150 $\mu\text{mol/l}$?

- Transplantation hépatique

67 Quels sont les auto-anticorps recherchés pour le diagnostic des hépatites auto-immunes ?

- Anticorps anti-LKM1 (Liver Kidney Microsom) : hépatite auto-immune de type II
- Anticorps anti-muscle lisse : hépatite auto-immune de type I

ATTEINTE DIGESTIVE

68 Quels sont les auto-anticorps recherchés pour le diagnostic de maladie de Biermer ?

- Anticorps anti-facteur intrinsèque
- Anticorps anti-cellules pariétales de l'estomac

69 Décrire les anomalies hématologiques de la maladie de Biermer.

- Anémie macrocytaire arégénérative
- Leucopénie avec des polynucléaires à noyau hypersegmenté
- Thrombopénie
- Moelle riche avec de nombreux mégakaryoblastes : moelle bleue

70 Quelle manifestation neurologique est typique d'anémie de Biermer ?

- Sclérose combinée de la moelle (syndrome cordonal postérieur + syndrome pyramidal)

71 Quel est le traitement de la maladie de Biermer ?

- Injections IM de 1 000 μg de vitamine B12 tous les jours pendant 10 jours
- Puis tous les mois À VIE

72 Quelle complication doit-on redouter dans l'évolution d'une maladie de Biermer ? Quel examen de surveillance doit-on réaliser régulièrement ?

- Adénocarcinome gastrique
- Fibroscopie gastrique

73 Quels auto-anticorps recherche-t-on dans la maladie coéliquaue ?

- Anticorps anti-gliadine, anti-endomysium de type IgA

ATTEINTE NEUROLOGIQUE

74 Quels auto-anticorps faut-il rechercher pour faire le diagnostic de myasthénie ?

- Anticorps anti-récepteurs de l'acétyl-choline

75 A quelle pathologie est souvent associée la myasthénie ? Comment la rechercher ?

- Thymome :
- Radiographie de thorax ; scanner thoracique ; IRM THORACIQUE
- Anticorps anti-muscles striés

76 A quelle pathologie (rare) sont associés les anticorps anti-Hu ?

- Polynévrite de Denny-Brown (syndrome paranéoplasique)

Lupus érythémateux disséminé (LED) – Syndrome des anti-phospholipides (SAPL)



- ❖ Maladie systémique auto-immune
- ❖ Femme jeune
- ❖ Tous les organes peuvent être touchés
- ❖ Contre-indication absolue des œstroprogestatifs
- ❖ Pronostic rénal

1 Quel est le terrain du LED ?

2 Quels facteurs peuvent induire la première poussée lupique ?

3 Que peut provoquer l'utilisation des œstroprogestatifs dans le cadre d'un LED ?

4 Quelles sont les atteintes les plus typiques lors d'un LED aigu ?

5 Quel est le type d'atteinte rhumatologique dans le LED ?

6 Décrire brièvement la sémiologie d'un neurolupus.

7 Quelle est l'atteinte qui fait le pronostic du LED ? Quelle en est la classification ?

8 Quel bilan immunologique demande-t-on pour faire le diagnostic du LED ?

9 Quels sont les anticorps qui s'élèvent spécifiquement lors d'un lupus induit par un médicament ?

10 Quelle est la particularité du syndrome inflammatoire du LED ?

11 Que peut-on rencontrer à la NFS lors d'un LED ?

12 Décrire le syndrome d'Evans.

13 Quel bilan doit-on systématiquement réaliser pour rechercher une atteinte rénale lors d'un LED ?

14 Quel examen devez-vous réaliser devant une protéinurie, ou à la moindre anomalie du sédiment urinaire ? Qu'en attendez-vous ?

15 Quelle est la cause principale de mortalité dans le LED ?

16 Définir le SAPL.

17 Quelles sont les principales manifestations cliniques du SAPL ?

18 Définir le syndrome de Sneddon.

19 Quel est le tableau biologique complet du SAPL ?

20 Quelle contraception hormonale peut-on envisager dans le LED et dans le SAPL ?

.....

21 Le stérilet est-il une alternative ? Pourquoi ?

.....

22 Que peut-on dire à une femme ayant un LED et souhaitant une grossesse ?

.....

23 Que vous évoque une sérologie syphilitique dissociée (VDRL+ TPHA-) chez une femme enceinte en bon état général et sans aucun antécédent ?

.....

1 Quel est le terrain du LED ?

- Femme jeune (entre 10 et 40 ans)
- Sujet noir
- Prédispositions génétiques : HLA DR2, DR3
- Déficit congénital en fractions C2, C4 du complément

2 Quels facteurs peuvent induire la première poussée lupique ?

- MÉDICAMENTS
- Exposition solaire
- Stress
- Infection

3 Que peut provoquer l'utilisation des œstroprogestatifs dans le cadre d'un LED ?

- Les œstroprogestatifs peuvent déclencher une poussée lupique, mais ne sont pas inducteur de lupus. Risque de thromboses veineuses.

4 Quelles sont les 2 atteintes cutanées les plus typiques lors d'un LED aigu ?

- Érythème du visage en vespertilio
- Photosensibilité

5 Quel est le type d'atteinte rhumatologique dans le LED ?

- Polyarthrite bilatérale, symétrique, non destructrice
- Ostéonécrose aseptique
- Possibilité de luxations : main de Jaccoud

6 Décrire brièvement la sémiologie d'un neurolupus.

Atteinte neuropsychiatrique :

- Neurologique :
 - comitialité
 - atteintes centrales
 - méningite, encéphalite
 - neuropathies périphériques

TOUT PEUT SE VOIR

- Psychiatrique : psychose

7 Quelle est l'atteinte qui fait le pronostic du LED ? Quelle en est la classification ?

- Atteinte rénale
- Classification OMS :
 - stade I : Glomérules normaux
 - stade II : Glomérulonéphrite mésangiale
 - stade III : Glomérulonéphrite segmentaire et focale
 - stade IV : Glomérulonéphrite proliférative diffuse
 - stade V : Glomérulonéphrite extra-membraneuse

8 Quel bilan immunologique demande-t-on pour faire le diagnostic du LED ?

- Anticorps antinucléaires
- Anticorps anti-ADN natifs*
- Anticorps anti-Sm*
- Anticorps antinucléosomes
- Anticorps anti-SSA, anti-SSb
- Complément (CH 50, C2, C4)

(* = les plus spécifiques)

9 Quels sont les anticorps qui s'élèvent spécifiquement lors d'un lupus induit par un médicament ?

- Anticorps anti-histones

10 Quelle est la particularité du syndrome inflammatoire du LED ?

- Normalité de la CRP

11 Que peut-on rencontrer à la NFS lors d'un LED ?

- La NFS peut être normale.
- Anémie (anémie hémolytique auto-immune et/ou inflammatoire)
- Leucopénie avec lymphopénie
- Thrombopénie (auto-immune)

12 Décrire le syndrome d'Evans.

- Association d'une anémie hémolytique auto-immune et d'une thrombopénie auto-immune au cours d'un LED

13 Quel bilan doit-on systématiquement réaliser pour rechercher une atteinte rénale lors d'un LED ?

- Bandelette urinaire
- Protéinurie des 24 heures
- ECBU
- Urée et créatinine sanguines
- Complément (CH50, C3, C4)

14 Quel examen devez-vous réaliser devant une protéinurie, ou à la moindre anomalie du sédiment urinaire ? Qu'en attendez-vous ?

- Ponction biopsie rénale
- Microscopie optique : classification OMS
- Immunofluorescence : dépôts de C1q et de C3 typiques (bon élément diagnostique du LED)

15 Quelle est la cause principale de mortalité dans le LED ?

- Infectieuse

16 Définir le SAPL.

- Anticoagulant circulant de type anti-phospholipide avec des manifestations cliniques
- Le SAPL peut être primitif ou secondaire (comme dans le LED).

17 Quelles sont les principales manifestations cliniques du SAPL ?

- Thromboses veineuses et artérielles
- Fausses couches à répétition
- Manifestations cutanées (livedo)
- Atteintes neurologiques
- Endocardite de Libmann-Sachs

18 Définir le syndrome de Sneddon.

- Association d'un livedo, d'accidents ischémiques cérébraux constitués et d'un SAPL.

19 Quel est le tableau biologique complet du SAPL ?

- TCA allongé, non corrigé en présence de plasma de témoin ; TP normal
- Sérologie syphilitique dissociée : TPHA - VDRL+
- Présence d'anticorps anti-prothrombinase, anti-cardiolipine, anti-β2GP I

8 Quel geste réalise-t-on au cours de cet examen ? Quels en sont les résultats attendus ?

.....

9 Quelles sont les principales complications d'une maladie de Crohn ?

.....

10 Quelle est l'évolution habituelle d'une maladie de Crohn ?

.....

11 Pourquoi faut-il éviter au maximum la chirurgie dans la maladie de Crohn (hormis dans le traitement des complications) ?

.....

II. RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE (RCH)

12 Définir un syndrome dysentérique.

.....

13 Définir les termes épreintes et ténésme.

.....

14 Quelle est l'atteinte anatomique de la RCH ?

.....

15 Quels sont les types d'évolution de la RCH ?

.....

16 Quelles sont les manifestations d'une poussée de RCH d'intensité minime ?

.....

17 Quelles sont les manifestations d'une poussée de RCH d'intensité modérée (cas le plus fréquent) ?

.....

18 Quelles sont les manifestations d'une poussée de RCH d'intensité sévère ?

.....

19 Quels examens complémentaires doit-on réaliser pour le diagnostic d'une diarrhée glairo-sanglante chez un sujet jeune ?

.....

20 Quels sont les aspects endoscopiques principaux de la RCH ?

.....

21 Quelles sont les manifestations extra-intestinales de la RCH ?

.....

22 Qu'évoquez-vous devant une cholestase chez un patient atteint de RCH ?

.....

23 Quelles sont les complications digestives de la RCH à court et moyen termes ?

.....

24 Quel est le risque évolutif d'une pancolite ?

.....

I. MALADIE DE CROHN

1 Définir un syndrome de Kœnig.

- Douleur abdominale de début brutal, durant quelques secondes ou minutes, disparaissant avec des gargouillements abdominaux. Elle peut être accompagnée de ballonnement et d'ondulations péristaltiques. Le syndrome de Kœnig traduit un obstacle au niveau du grêle.

2 Définir une colectasie.

- Signe radiologique à l'ASP : dilatation colique (colon transverse) supérieure à 6 cm, de survenue brutale (risque de perforation).

3 Quels segments du tube digestif peut toucher la maladie de Crohn ?

- TOUS : de la bouche à l'anus
- La maladie de Crohn atteint surtout l'iléon et le colon.
- L'atteinte est irrégulière (présence de zones saines).

4 Quelles sont les manifestations digestives d'une maladie de Crohn ?

- Diarrhée chronique, glaireuse, exsudative
- Douleurs abdominales, syndrome de Kœnig
- Masse abdominale parfois
- Manifestations anales : fissures, abcès, fistules

5 Quelles sont les manifestations extra-intestinales à rechercher ?

- Fièvre, altération de l'état général
- Atteintes cutanéomuqueuses (érythème noueux, ulcérations buccales, pyoderma gangrenosum)
- Atteintes rhumatologiques (arthralgies, arthrites, spondylarthropathies)
- Atteinte oculaire (uvéite)

6 Quel est l'examen morphologique de référence dans cette pathologie ?

- Coloscopie totale

7 Quels en sont les résultats attendus ?

- Lésions segmentaires séparées par des zones de muqueuse saine
- Ulcérations muqueuses aphthoïdes
- Fausses membranes
- Épaississement pariétal

8 Quel geste réalise-t-on au cours de cet examen ? Quels en sont les résultats attendus ?

- Biopsies multiples :
- Infiltration lymphoplasmocytaire dans TOUTE l'épaisseur de la paroi colique
- Granulome à cellules épithélioïdes (typique mais inconstant)

9 Quelles sont les principales complications d'une maladie de Crohn ?

- Occlusions
- Fistules
- Abscess
- Perforation
- Hémorragies digestives
- Colectasie
- Retard staturo-pondéral chez l'enfant
- Cancer colique (risque plus faible que pour la RCH)

10 Quelle est l'évolution habituelle d'une maladie de Crohn ?

- Évolution chronique, par poussées séparées par des rémissions cliniques
- La guérison est rare

11 Pourquoi faut-il éviter au maximum la chirurgie dans la maladie de Crohn (hormis dans le traitement des complications) ?

- La résection des segments atteints ne prévient pas la récurrence de la maladie.
- Risque de résection étendue du grêle

II. RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE (RCH)

12 Définir un syndrome dysentérique.

- Douleur colique paroxystique à type de torsion accompagnée de selles glairo-sanglantes

13 Définir les termes épreintes et ténésme.

- **Épreintes** : douleur colique intense soulagée par l'exonération
- **Ténésme** : sensation douloureuse de plénitude rectale

14 Quelle est l'atteinte anatomique de la RCH ?

- Atteinte **CONSTANTE** du rectum
- Extension variable vers le caecum
- Respect du grêle

15 Quels sont les types d'évolution de la RCH ?

- Poussées avec des épisodes de rémission
- Évolution vers une pancolite
- Évolution d'un seul tenant (sans rémission)

16 Quelles sont les manifestations d'une poussée de RCH d'intensité minime ?

- Quelques selles glairo-sanglantes

17 Quelles sont les manifestations d'une poussée de RCH d'intensité modérée (cas le plus fréquent) ?

- 6 à 10 selles glairo-sanglantes par jour
- Douleurs abdominales
- État général peu altéré

18 Quelles sont les manifestations d'une poussée de RCH d'intensité sévère ?

- Plus de 10 selles glairo-sanglantes par jour
- Douleurs abdominales
- Altération de l'état général : fièvre, amaigrissement
- Déshydratation, dénutrition
- Tachycardie
- Anémie, hypoalbuminémie

19 Quels examens complémentaires doit-on réaliser pour le diagnostic d'une diarrhée glairo-sanglante chez un sujet jeune ?

- Examen parasitologique des selles (3 jours de suite) et coproculture
- Coloscopie avec biopsies si diarrhée persistante

20 Quels sont les aspects endoscopiques principaux de la RCH ?

- Lésions diffuses, sans intervalle de muqueuse saine
- Œdème de la muqueuse
- Fausses membranes, saignements, ulcérations

21 Quelles sont les manifestations extra-intestinales de la RCH ?

- Oculaires
- Cutanées
- Rhumatologiques
- Hépto-biliaires

22 Qu'évoquez-vous devant une cholestase chez un patient atteint de RCH ?

- Cholangite sclérosante

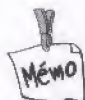
23 Quelles sont les complications digestives de la RCH à court et moyen termes ?

- Hémorragie digestive
- Perforation
- Septicémie
- Colectasie

24 Quel est le risque évolutif d'une pancolite ?

- Cancer colorectal

Maladie de Horton et pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR)



❖ Horton :

- panartérite segmentaire et focale touchant les artères de gros calibre
- VS – Biopsies de l'artère temporale
- risque oculaire
- corticothérapie

❖ PPR :

- polyarthrite des ceintures
- corticoïdes
- recherche d'une maladie de Horton

1 Quel est le terrain de survenue de la maladie de Horton et de la PPR ?

.....

2 Quels sont les éléments majeurs du diagnostic de PPR ?

.....

3 Décrire une radiographie d'épaule typique dans la PPR.

.....

4 Quels sont les principaux diagnostics différentiels de la PPR ?

.....

5 Quel est le traitement d'une PPR (avec les principes de surveillance) ?

.....

6 Quel est le signe fonctionnel typique de la maladie de Horton ?

.....

7 Quelles sont les manifestations cliniques de la phase de début d'une maladie de Horton ?

.....

8 Quel est le signe physique systématiquement recherché lors d'une suspicion de maladie de Horton ?

.....

9 Quelles sont les artères les plus souvent touchées ? Quelles en sont les traductions cliniques ?

.....

10 Quelle est l'atteinte qui fait la gravité de la maladie de Horton ? Par quels mécanismes ?

.....

11 Quels sont les éléments biologiques évocateurs de la maladie de Horton ?

.....

12 Quel est l'examen de certitude qu'il est indispensable de réaliser devant une suspicion de maladie de Horton ? Quels sont les résultats attendus ?

.....

13 Quelles sont les conditions de réalisation d'une biopsie de l'artère temporale ?

.....

14 Une biopsie de l'artère temporale normale remet-elle en cause le diagnostic ? Pourquoi ?

.....

15 Quel bilan minimal doit-on réaliser devant une suspicion de maladie de Horton ?

.....

16 Quelle est la conduite à tenir aux urgences devant une suspicion de maladie de Horton avec baisse de l'acuité visuelle ? Examens complémentaires ; principes du traitement.

.....

17 Quel est l'intérêt des bolus de corticoïdes si l'on constate une amaurose unilatérale ?

.....

18 Quels sont les principes du traitement d'une maladie de Horton ?

.....

19 Quel est le critère biologique majeur de surveillance de l'efficacité du traitement d'une maladie de Horton ?

.....

20 Quelle pathologie infectieuse évoque-t-on classiquement devant une augmentation de la VS ou de la CRP chez un patient traité pour une maladie de Horton ?

.....

1 Quel est le terrain de survenue de la maladie de Horton et de la PPR ?

- Sujet âgé (65-70 ans)
- 2 femmes pour 1 homme

2 Quels sont les éléments majeurs du diagnostic de PPR ?

- Polyarthrite des ceintures scapulaire et pelvienne
- Altération de l'état général
- **Syndrome inflammatoire biologique important**

3 Décrire une radiographie d'épaule typique dans la PPR.

- Elle est **NORMALE**.
- Parfois, **déminéralisation localisée**

4 Quels sont les principaux diagnostics différentiels de la PPR ?

- **Néoplasiques** : myélome, métastases
- Polyarthrite rhumatoïde
- Périartérite noueuse, polymyosite
- Périarthrite scapulo-humérale

5 Quel est le traitement d'une PPR (avec les principes de surveillance) ?

- Corticothérapie (0,25 à 0,50 mg/kg/jour de prednisone) pendant 1 à 2 ans
- Mesures adjuvantes
- Surveillance :
 - efficacité (examen clinique, syndrome inflammatoire)
 - tolérance (effets secondaires des corticoïdes)

6 Quel est le signe fonctionnel typique de la maladie de Horton ?

- **Céphalées fronto-temporales exacerbées par le contact**

7 Quelles sont les manifestations cliniques de la phase de début d'une maladie de Horton ?

- Céphalées
- Altération de l'état général
- PPR
- Troubles visuels (hors baisse de l'acuité visuelle)

8 Quel est le signe physique systématiquement recherché à l'examen clinique lors d'une suspicion de maladie de Horton ?

- Palpation des 2 artères temporales
- Abolition du pouls
- Artère inflammatoire : rouge, indurée, œdémateuse, douloureuse

9 Quelles sont les artères les plus souvent touchées ? Quelles en sont les traductions cliniques ?

- Les branches des artères carotides externes :
 - artère temporale superficielle : céphalées fronto-temporales, hyperesthésie du scalp, nécrose du scalp, palpation : cf. question 8
 - artère maxillaire : claudication intermittente des mâchoires
 - artère occipitale : céphalées occipitales
 - artère linguale : glossodynies, ulcère, nécrose de langue
 - artère faciale : douleurs et œdèmes de la face

10 Quelle est l'atteinte qui fait la gravité de la maladie de Horton ? Par quels mécanismes ?

- Atteinte oculaire : peut conduire à la cécité définitive
- Mécanismes :
 - névrite optique ischémique antérieure aiguë par atteinte des artères ciliaires courtes
 - oblitération de l'artère centrale de la rétine

11 Quels sont les éléments biologiques évocateurs de la maladie de Horton ?

- Syndrome inflammatoire majeur (VS et CRP très élevées)
- Cholestase anictérique
- Absence d'anomalies immunologiques

12 Quel est l'examen de certitude qu'il est indispensable de réaliser devant une suspicion de maladie de Horton ? Quels sont les résultats attendus ?

- Biopsie de l'artère temporale
- Résultats :
 - panartérite segmentaire et focale
 - granulome inflammatoire infiltrant les 3 tuniques artérielles
 - destruction de la limitante élastique interne
 - thrombus, nécrose fibrinoïde
 - présence de cellules géantes

13 Quelles sont les conditions de réalisation d'une biopsie de l'artère temporale ?

- Après bilan d'hémostase
- Guidée par la clinique ou le doppler
- Large (3 cm)
- Sous anesthésie locale

14 Une biopsie de l'artère temporale normale remet-elle en cause le diagnostic ? Pourquoi ?

- **NON**, car l'artérite est segmentaire et focale.
- Ce résultat est rencontré dans 20 % des cas.

15 Quel bilan minimal doit-on réaliser devant une suspicion de maladie de Horton ?

- Examen clinique
- Examen ophtalmologique
- Biologie :
 - CRP – VS
 - hémostase (avant la biopsie)
 - ionogramme sanguin, glycémie (préthérapeutique)
- ECG ; ECU ; radio de thorax (foyer infectieux, atteinte aortique) ; radio des sinus, panoramique dentaire (préthérapeutique)
- Biopsie de l'artère temporale

16 Quelle est la conduite à tenir aux urgences devant une suspicion de maladie de Horton avec baisse de l'acuité visuelle ? Examens complémentaires ; principes du traitement.

- C'est une urgence
- Bilan :
 - VS-CRP
 - kaliémie, ECG (préthérapeutique)
- Traitement : si syndrome inflammatoire sévère :
 - bolus de corticoïdes (1 g de prednisone par voie intraveineuse par jour pendant 3 jours)
 - mesures associées
 - anticoagulation préventive

17 Quel est l'intérêt des bolus de corticoïdes si l'on constate une amaurose unilatérale ?

- Prévenir l'atteinte de l'œil controlatéral
- Généralement, l'œil atteint ne récupère pas.

18 Quels sont les principes du traitement d'une maladie de Horton ?

- Corticothérapie générale (per os) (1 mg/kg/jour de prednisone) jusqu'à la disparition des signes cliniques et la baisse de la CRP (environ 1 mois) ; puis décroissance progressive pour une durée totale de traitement de 18 à 36 mois.
- Mesures associées :
 - régime sans sel et sans sucres d'absorption rapide
 - supplémentation potassique
 - prévention de l'ostéoporose : calcium, vitamine D, biphosphonates, kinésithérapie
 - protection gastrique éventuelle
- Surveillance

19 Quel est le critère biologique majeur de surveillance de l'efficacité du traitement d'une maladie de Horton ?

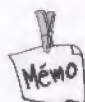
- La CRP

20 Quelle pathologie infectieuse évoque-t-on classiquement devant une augmentation de la VS ou de la CRP chez un patient traité pour une maladie de Horton ?

- La tuberculose

Question 120

Pneumopathie interstitielle diffuse



- ❖ ÉLIMINER UN OAP
- ❖ Maladies infiltratives du poumon
- ❖ Sarcoidose
- ❖ Scanner thoracique – LBA
- ❖ Syndrome restrictif
- ❖ Maladies professionnelles

1 Décrire un syndrome interstitiel radiologique.

.....

2 Définir un syndrome restrictif.

.....

3 Décrire les EFR d'une maladie infiltrative du poumon.

.....

4 Quel est le risque évolutif majeur d'une maladie infiltrative du poumon ?

.....

5 Devant un syndrome interstitiel radiologique, quels diagnostics doit-on éliminer avant d'évoquer une maladie infiltrative du poumon ?

.....

6 Quelle est l'étiologie la plus fréquente des maladies infiltratives du poumon ?

.....

7 Quelles sont les autres étiologies les plus fréquentes ?

.....

8 Quels facteurs iatrogènes peuvent provoquer une maladie infiltrative du poumon ?

.....

- 9** Quels sont les 2 examens complémentaires essentiels pour le diagnostic étiologique d'une maladie infiltrative du poumon ?
-
- 10** Quelle est la cytologie d'un LBA normal ?
-
- 11** Quelle maladie infiltrative du poumon vous évoque un LBA riche en polynucléaires neutrophiles ?
-
- 12** Quels sont les 3 grands cadres étiologiques des syndromes restrictifs ?
-
- 13** Citer des professions exposées au risque de silicose.
-
- 14** Quelles sont les complications de la silicose ?
-
- 15** Citer des professions exposées au risque d'asbestose.
-
- 16** Définir l'asbestose.
-
- 17** Comment confirme-t-on le diagnostic d'asbestose ?
-
- 18** Quelles pathologies pleurales peuvent survenir au cours d'une exposition à l'amiante ?
-
- 19** Quels sont les cancers liés à l'exposition à l'amiante ?
-
- 20** Définir le syndrome d'Erasmus.
-
- 21** Définir le syndrome de Caplan-Colinet.
-

1 Décrire un syndrome interstitiel radiologique.

- **Opacités non systématisées :**
 - non confluentes
 - sans bronchogramme aérien
 - réticulaires ou micronodulaires
 - avec ou sans lignes de Kerley

2 Définir un syndrome restrictif.

- **Baisse de la capacité pulmonaire totale d'au moins 20 % par rapport à la théorique**

3 Décrire les EFR d'une maladie infiltrative du poumon.

- **Syndrome restrictif**
- **Trouble de la diffusion avec :**
 - baisse de la DLCO (Diffusion Limite du CO)
 - désaturation à l'effort
 - effet shunt

4 Quel est le risque évolutif majeur d'une maladie infiltrative du poumon ?

- **Fibrose pulmonaire avec insuffisance respiratoire chronique**

5 Devant un syndrome interstitiel radiologique, quels diagnostics doit-on éliminer avant d'évoquer une maladie infiltrative du poumon ?

- **OAP EN PRIORITÉ**
- **Pneumopathie atypique (à mycoplasme, à légionnelle, à chlamydia)**
- **Pneumocystose pulmonaire**
- **Miliaire tuberculeuse**
- **Lymphangite carcinomateuse**

6 Quelle est l'étiologie la plus fréquente des maladies infiltratives du poumon ?

- **La sarcoïdose**

7 Quelles sont les autres étiologies les plus fréquentes ?

- **Fibrose pulmonaire primitive**
- **Pathologies liées à l'environnement :**
 - pneumoconioses
 - alvéolites allergiques extrinsèques

- Médicaments (Amiodarone...)
- Histiocytose X
- Collagénoses

8 Quels facteurs iatrogènes peuvent provoquer une maladie infiltrative du poumon ?

- **MÉDICAMENTS :**
 - CORDARONE
 - Bléomycine
 - Méthotrexate
 - Nitrofurantoïne
- **RADIOTHÉRAPIE**

9 Quels sont les 2 examens complémentaires essentiels pour le diagnostic étiologique d'une maladie infiltrative du poumon ?

- Scanner thoracique avec coupes fines sur le parenchyme pulmonaire
- LBA

10 Quelle est la cytologie d'un LBA normal ?

- 150 000 éléments/ml avec :
 - 90 % de macrophages
 - 5 à 10 % de lymphocytes
 - moins de 2 % de polynucléaires neutrophiles

11 Quelle maladie infiltrative du poumon vous évoque un LBA riche en polynucléaires neutrophiles ?

- Fibrose pulmonaire primitive

12 Quels sont les 3 grands cadres étiologiques des syndromes restrictifs ?

- Maladies infiltratives diffuses
- Pathologies de la cage thoracique
- Pathologies neuromusculaires

13 Citer des professions exposées au risque de silicose.

- Travaux sur la roche : mines, forages de tunnel
- Industrie de la céramique, prothésiste dentaire
- Tableau 25 des maladies professionnelles

14 Quelles sont les complications de la silicose ?

- Insuffisance respiratoire chronique
- Tuberculose
- Mélanoptysie
- Greffe aspergillaire
- Pneumothorax
- Hémoptysie
- Suppuration bronchique chronique

15 Citer des professions exposées au risque d'asbestose.

- Utilisation de fibrociment
- Calorifugeage
- Confection de freins
- Tableau 30 des maladies professionnelles

16 Définir l'asbestose.

- Fibrose interstitielle diffuse pulmonaire liée à l'inhalation d'amiante (les manifestations pleurales ne définissent donc pas l'asbestose)

17 Comment confirme-t-on le diagnostic d'asbestose ?

- Au LBA : présence de corps asbestosiques (= corps ferrugineux) à un taux supérieur à 1 CA/ml

18 Quelles pathologies pleurales peuvent survenir au cours d'une exposition à l'amiante ?

- Bénignes :
 - plaques pleurales
 - pleurésie asbestosique
- Malignes : mésothéliome pleural

19 Quels sont les cancers liés à l'exposition à l'amiante ?

- Cancer broncho-pulmonaire
- Mésothéliome pleural

20 Définir le syndrome d'Erasmus.

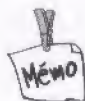
- Silicose + sclérodermie

21 Définir le syndrome de Caplan-Colinet.

- Silicose + polyarthrite rhumatoïde

Question 121

Polyarthrite rhumatoïde (PR)



- ❖ Terrain : femme de 45 ans
- ❖ Polyarthrite destructrice, déformante, ankylosante, symétrique
- ❖ Atteinte des mains
- ❖ Ténosynovites
- ❖ Atteintes extra-articulaires
- ❖ Facteur rhumatoïde
- ❖ **NE PAS OUBLIER LES MESURES PSYCHOLOGIQUES ET SOCIALES DU TRAITEMENT**

1 Quelles sont les caractéristiques sémiologiques d'une douleur articulaire inflammatoire ?

2 Quelles sont les données épidémiologiques de la PR ?

3 Comment évoque-t-on le diagnostic de PR à la phase de début ?

4 Quelles sont les articulations respectées par la PR ?

5 Décrire une main typique de PR à la phase d'état.

6 Quelles sont les complications extra-articulaires à rechercher dans la PR (sans détailler) ?

7 Décrire le syndrome de Felty.

8 Quelles atteintes neurologiques peut-on rencontrer dans la PR ?

.....

9 Quelles atteintes pulmonaires peut-on rencontrer dans la PR ?

.....

10 Quelles atteintes ophtalmologiques peut-on rencontrer dans la PR ?

.....

11 Quelles atteintes cutanéomuqueuses peut-on rencontrer dans la PR ?

.....

12 Quelles atteintes cardiaques peut-on rencontrer dans la PR ?

.....

13 Que doit-on évoquer devant l'apparition d'une protéinurie importante après plusieurs années d'évolution d'une PR ?

.....

14 Quels sont les marqueurs biologiques à rechercher pour le diagnostic de PR ? Quelles en sont les principales caractéristiques ?

.....

15 Décrire l'histologie de la synoviale retrouvée au cours de la PR.

.....

16 Quels sont les critères d'évolutivité d'une PR ? (= comment surveille-t-on l'efficacité du traitement d'une PR ?)

.....

17 Quels sont les facteurs de rémission d'une PR ?

.....

18 Quelle est l'influence typique de la grossesse sur la PR ?

.....

19 Quels sont les facteurs de gravité d'une PR ?

.....

20 Quels sont les grands axes de prise en charge d'une PR ?

.....

21 Citer 3 toxicités du Méthotrexate et une association médicamenteuse à risques.

.....

22 Quelle est la surveillance de la tolérance d'un traitement par les sels d'or ?

.....

23 Quels sont les aspects psychologiques à prendre en compte dans la prise en charge d'une PR ?

.....

24 Définir brièvement les indices de Lee et de Ritchie.

.....

1

Quelles sont les caractéristiques sémiologiques d'une douleur articulaire inflammatoire ?

- Douleur nocturne (nombre de réveils à chiffrer)
- Déroutillage matinal (à chiffrer)
- Absence de facteur mécanique déclenchant
- Douleur mal soulagée par les antalgiques usuels

2

Quelles sont les données épidémiologiques de la PR ?

- 3 femmes pour 1 homme
- Pic de fréquence entre 35 et 55 ans
- Origine multifactorielle
- Sévérité liée au groupe HLA DR4

3

Comment évoque-t-on le diagnostic de PR à la phase de début ?

- Clinique :
 - terrain
 - polyarthrite symétrique touchant les articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes des deuxièmes et troisièmes doigts ; les métatarso-phalangiennes des deuxièmes et troisièmes orteils
 - ténosynovites
- Radiologie :
 - érosion de la tête du cinquième métatarsien
 - déminéralisation épiphysaire en bandes
- Biologie :
 - syndrome inflammatoire
 - le facteur rhumatoïde est le plus souvent négatif au stade précoce
- ÉLIMINATION DES AUTRES CAUSES DE POLYARTHRITE

4

Quelles sont les articulations respectées par la PR ?

- Rachis dorsolombaire
- Sacro-iliaques
- Interphalangiennes distales

5 Décrire une main typique de PR à la phase d'état.

- Déformation des doigts :
 - col de cygne
 - boutonnière
 - maillet
 - pouce en Z
 - coup de vent cubital
- Ruptures tendineuses
- Poignet :
 - gonflement dorsal du carpe
 - subluxation antérieure du carpe

6 Quelles sont les complications extra-articulaires à rechercher dans la PR (sans détailler) ?

- Cutanéomuqueuses
- Oculaires
- Cardiaques
- Pulmonaires
- Neurologiques
- Amylose
- Syndrome de Felty

7 Décrire le syndrome de Felty.

- PR
- Splénomégalie
- Leuconéutropénie

8 Quelles atteintes neurologiques peut-on rencontrer dans la PR ?

- Centrales :
 - compression médullaire par luxation atloïdo-axoïdienne
 - amylose
- Périphériques :
 - multinévrite (vascularite)
 - polynévrite sensitive (iatrogène, PR, amylose)
 - syndrome du canal carpien

9 Quelles atteintes pulmonaires peut-on rencontrer dans la PR ?

- Pleurésie exsudative
- Fibrose interstitielle
- Nodules parenchymateux

- 10** Quelles atteintes ophtalmologiques peut-on rencontrer dans la PR ?
- Syndrome sec (syndrome de Gougerot-Sjögren secondaire)
 - Épisclérite/sclérite
- 11** Quelles atteintes cutanéomuqueuses peut-on rencontrer dans la PR ?
- Nodules rhumatoïdes
 - Purpura vasculaire
 - Syndrome sec
- 12** Quelles atteintes cardiaques peut-on rencontrer dans la PR ?
- Péricardite
 - Myocardite
 - Endocardite
- 13** Que doit-on évoquer devant l'apparition d'une protéinurie importante après plusieurs années d'évolution d'une PR ?
- Amylose rénale de type AA
- 14** Quels sont les marqueurs biologiques à rechercher pour le diagnostic de PR ? Quelles en sont les principales caractéristiques ?
- Facteur rhumatoïde :
 - IgM anti-IgG
 - apparition retardée
 - non spécifique
 - latex (plus sensible) ; Waaler-Rose (plus spécifique)
 - Anticorps anti-filagrine :
 - plus spécifique
- 15** Décrire l'histologie de la synoviale retrouvée au cours de la PR.
- 4 critères NON SPÉCIFIQUES :
 - multiplication et hypertrophie des franges synoviales
 - hyperplasie de la couche bordante des synoviocytes
 - infiltration lymphoplasmocytaire
 - foyers de nécrose fibrinoïde
 - ELLE PEUT ÊTRE NORMALE.

16 Quels sont les critères d'évolutivité d'une PR ? (= comment surveille-t-on l'efficacité du traitement d'une PR ?)

- Clinique :
 - nombre de réveils nocturnes
 - durée du dérouillage matinal
 - nombre de synovites
 - douleur (EVA)
 - handicap
 - signes extra-articulaires
- Biologie :
 - VS - CRP

17 Quels sont les facteurs de rémission d'une PR ?

- Deuxième et troisième trimestres de grossesse
- Ictère
- Paralysie

18 Quelle est l'influence typique de la grossesse sur la PR ?

- Rémission aux deuxième et troisième trimestres
- Rechute après l'accouchement

19 Quels sont les facteurs de gravité d'une PR ?

- Âge de début inférieur à 35 ans
- Gravité clinique (grand nombre de synovites)
- Nodules rhumatoïdes, signes extra-articulaires, vascularite
- CRP supérieure à 100 mg/l
- Facteur rhumatoïde très augmenté
- Lésions radiologiques évoluées
- HLA DR4
- Inefficacité du traitement de fond

20 Quels sont les grands axes de prise en charge d'une PR ?

- Traitement médical :
 - traitement symptomatique
 - traitement de fond
- Rééducation :
 - kinésithérapie
 - ergothérapie
 - attelles, orthèses

- Traitement chirurgical :
 - prothèses
 - chirurgie réparatrice
- Prise en charge sociale :
 - prise en charge à 100 %
 - aménagement du poste de travail
 - reclassement professionnel
- Prise en charge psychologique

21 Citer 3 toxicités du Méthotrexate et une association médicamenteuse à risques.

- Toxicités hématologique, hépatique, pulmonaire (pneumopathie interstitielle)
- Association aux AINS

22 Quelle est la surveillance de la tolérance d'un traitement par les sels d'or ?

- Recherche d'une réaction allergique après une injection test
- Bandelette urinaire avant chaque injection : s'il y a une protéinurie, on réalise une protéinurie des 24 heures.
- NFS (cytopénies, hyperéosinophilie)

23 Quels sont les aspects psychologiques à prendre en compte dans la prise en charge d'une PR ?

- Maladie de longue durée
- Douleurs chroniques
- Handicap : difficultés pour mener une vie professionnelle et familiale normales
- Image du corps déformée
- Traitement de fond lourd

24 Définir brièvement les indices de Lee et de Ritchie.

- Lee : indice fonctionnel ; côte le handicap
- Ritchie : index de douleur, recherchée sur chaque articulation

Polyradiculonévrite aiguë inflammatoire (PRNA) – Syndrome de Guillain-Barré



- ❖ Hospitalisation systématique ; urgence médicale
- ❖ Évaluer le risque vital
- ❖ Ponction lombaire – EMC
- ❖ Démyélinisation segmentaire
- ❖ Anticoagulation systématique

1 Décrire la sémiologie typique de la PRNA au stade de début.

2 Que doit-on évoquer devant des paresthésies des 2 membres inférieurs, une atteinte motrice des membres inférieurs avec abolition des réflexes ostéo-tendineux, avec des réflexes présents aux membres supérieurs ? Comment le confirmer cliniquement ?

3 Est-il habituel de rencontrer des troubles sphinctériens dans la PRNA ?

4 Pourquoi la sensibilité thermo-algique est respectée dans la PRNA ?

5 Quels sont les 2 examens complémentaires à visée diagnostique dans la PRNA ?

6 Décrire le résultat typique de la ponction lombaire dans la PRNA.

7 Que faire si la ponction lombaire (PL) est normale ? Pourquoi ?

.....

8 Décrire l'EMG en stimulation détection dans la PRNA.

.....

9 À l'EMG, en détection, que peut-on conclure devant des potentiels de fibrillation ? Quelle en est la signification pronostique dans la PRNA ?

.....

10 Quelle est l'évolution habituelle d'une PRNA ?

.....

11 Quel est le pronostic de la PRNA ?

.....

12 Quels sont les facteurs de mortalité dans la PRNA ?

.....

13 Quelles sont les modalités d'hospitalisation d'une PRNA sans signe de gravité ?

.....

14 Quelles sont les situations cliniques imposant l'hospitalisation en réanimation ?

.....

15 Quelles sont les différentes complications respiratoires dans la PRNA ?

.....

16 Comment évalue-t-on la fonction respiratoire au lit du malade ?

.....

17 Que faire devant l'altération de la fonction respiratoire ?

.....

18 Quelle est la complication la plus redoutée de la dysautonomie ? Quel médicament doit-on utiliser en urgence pour la traiter ?

.....

19 Quel traitement doit-on systématiquement donner dans une PRNA ? Selon quelles modalités ?

.....

20 Quel traitement complémentaire doit être instauré si le patient présente une paralysie faciale ou une diplégie faciale ?

.....

21 Citer 3 causes classiques de dissociation albumino-cytologique.

.....

1 Décrire la sémilogie typique de la PRNA au stade de début.

- Atteinte neurologique périphérique, symétrique, ascendante, bilatérale
- Atteinte sensitive : paresthésies des 4 extrémités
- Atteinte motrice :
 - déficit moteur prédominant aux racines des membres inférieurs
 - abolition des réflexes ostéo-tendineux
 - atteinte des paires crâniennes

2 Que doit-on évoquer devant des paresthésies des 2 membres inférieurs, une atteinte motrice des membres inférieurs avec abolition des réflexes ostéo-tendineux, avec des réflexes présents aux membres supérieurs ? Comment le confirmer cliniquement ?

- Syndrome de la queue de cheval
- Examen périnéal avec toucher rectal

3 Est-il habituel de rencontrer des troubles sphinctériens dans la PRNA ?

- Non

4 Pourquoi la sensibilité thermo-algique est respectée dans la PRNA ?

- La sensibilité thermo-algique est transmise par des fibres nerveuses de petit calibre (IC) qui sont AMYÉLINIQUES.

5 Quels sont les 2 examens complémentaires à visée diagnostique dans la PRNA ?

- Ponction lombaire avec études biochimique, cytologique et bactériologique (systématique)
- EMG des 4 membres en stimulation détection

6 Décrire le résultat typique de la ponction lombaire dans la PRNA.

- Dissociation albumino-cytologique :
 - protéinorachie augmentée
 - moins de 3 cellules par mm³
 - à l'électrophorèse des protéines du LCR : Albumine

7 Que faire si la ponction lombaire (PL) est normale ? Pourquoi ?

- Il faut refaire la PL une semaine plus tard car la PL peut être normale au début de l'affection.

8 Décrire l'EMG en stimulation détection dans la PRNA.

- L'EMG traduit une neuropathie démyélinisante avec :
 - ralentissement des vitesses de conductions sensitives et motrices
 - blocs de conduction
 - allongement du temps de latence distale
 - allongement du temps de latence des ondes tardives F et H
- L'EMG peut être normal au début de la PRNA.

9 À l'EMG, en détection, que peut-on conclure devant des potentiels de fibrillation ? Quelle en est la signification pronostique dans la PRNA ?

- Lésions axonales : risque important de séquelles (20 % des PRNA environ)

10 Quelle est l'évolution habituelle d'une PRNA ?

- 3 PHASES :
 - phase d'extension (durée : environ 2 semaines)
 - phase de plateau (durée : environ 2 semaines)
 - phase de récupération (durée : de plusieurs semaines à plusieurs mois)

11 Quel est le pronostic de la PRNA ?

- Guérison sans séquelles : 80 % cas
- Séquelles surtout si atteinte axonale
- Mortalité : 3 à 10 % des cas selon la qualité de la réanimation

12 Quels sont les facteurs de mortalité dans la PRNA ?

- Troubles de la déglutition
- Atteinte respiratoire
- Dysautonomie
- Complications thrombo-emboliques

13 Quelles sont les modalités d'hospitalisation d'une PRNA sans signe de gravité ?

- Systématique, en urgence
- À proximité d'une réanimation
- Réanimateur prévenu

14 Quelles sont les situations cliniques imposant l'hospitalisation en réanimation ?

- Atteinte respiratoire
- Dysautonomie
- Troubles de la phonation
- Troubles de la déglutition
- Extension rapide du déficit

15 Quelles sont les différentes complications respiratoires dans la PRNA ?

- Paralysie des muscles respiratoires
- Pneumopathie d'inhalation
- Embolie pulmonaire

16 Comment évalue-t-on la fonction respiratoire au lit du malade ?

- Mesure de la fréquence respiratoire
- Efficacité de la toux
- Compte en apnée
- Ampliation thoracique
- Débit expiratoire de pointe

17 Que faire devant l'altération de la fonction respiratoire ?

- Transfert en réanimation
- Intubation oro-trachéale pour ventilation mécanique (le patient doit être prévenu de cette éventualité au moment du diagnostic)

18 Quelle est la complication la plus redoutée de la dysautonomie ? Quel médicament doit-on utiliser en urgence pour la traiter ?

- La bradycardie sévère avec risque de mort subite
- Atropine par voie intraveineuse

19 Quel traitement doit-on systématiquement donner dans une PRNA ? Selon quelles modalités ?

- **ANTICOAGULATION :**
 - hypocoagulante si paralysie complète
 - isocoagulante dans les autres cas

20 Quel traitement complémentaire doit être instauré si le patient présente une paralysie faciale ou une diplégie faciale ?

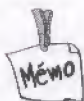
- Soins et surveillance OCULAIRES

21 Citer 3 causes classiques de dissociation albumino-cytologique.

- PRNA
- Diabète
- Compression médullaire (mais attention : la PL est formellement contre-indiquée devant une suspicion de compression médullaire)

Question 123

Psoriasis



- ❖ Dermatose très fréquente
- ❖ Dermatose chronique évoluant par poussées
- ❖ Diagnostic clinique
- ❖ Certaines formes sont graves
- ❖ Retentissement psychologique (de toute dermatose chronique)

1 Quelle est la fréquence du psoriasis ? Quel est l'âge habituel d'apparition ?

2 Citer les principaux facteurs déclenchants d'une poussée de psoriasis.

3 Quels médicaments peuvent déclencher une poussée de psoriasis ?

4 Citer un facteur naturel d'amélioration des lésions.

5 Décrire la lésion cutanée élémentaire du psoriasis vulgaire.

6 Quelles sont les localisations du psoriasis vulgaire ?

7 Quel est le diagnostic différentiel de l'atteinte psoriasique du cuir chevelu ? Comment fait-on la différence ?

8 Quelles sont les lésions d'un ongle psoriasique ?

- 9** Quels examens complémentaires doit-on réaliser pour confirmer le diagnostic de psoriasis ?
-
- 10** Définir un psoriasis inversé.
-
- 11** Quels sont les diagnostics différentiels d'un psoriasis inversé ? Quel est l'élément sémiologique fortement évocateur du psoriasis ?
-
- 12** Quelles sont les formes graves du psoriasis ?
-
- 13** Donner 2 exemples de traitement d'attaque d'un psoriasis localisé au coude.
-
- 14** Quelles sont les contre-indications dermatologiques à l'utilisation du calcipotriol ?
-
- 15** À quel risque majeur sont exposés les patients ayant reçu une PUVAthérapie ?
-
- 16** Quelles sont les contre-indications à la PUVAthérapie ?
-
- 17** Quelle précaution indispensable doit prendre un patient sous PUVAthérapie ? Pourquoi ?
-
- 18** Quelle est la principale restriction à l'utilisation des rétinoïdes (soriatane) ?
-

19 Quel est le médicament de choix dans le traitement du rhumatisme psoriasique ?

.....

20 Quel traitement général est contre-indiqué chez un sujet atteint de psoriasis ?

.....

- 1** Quelle est la fréquence du psoriasis ? Quel est l'âge habituel d'apparition ?

 - **Fréquence : 2 % de la population**
 - **Apparition à tout âge**
- 2** Citer les principaux facteurs déclenchants d'une poussée de psoriasis.

 - **Psychologiques**
 - **Médicamenteux**
 - **Infectieux**
 - **Toxiques (alcool)**
 - **Mécaniques (phénomène de Koebner)**
- 3** Quels médicaments peuvent déclencher une poussée de psoriasis ?

 - **AINS (indométhacine surtout)**
 - **Aspirine**
 - **Lithium**
 - **Bêtabloquants**
 - **Antipaludéens de synthèse**
 - **Corticothérapie générale**
- 4** Citer un facteur naturel d'amélioration des lésions.

 - **Exposition solaire**
- 5** Décrire la lésion cutanée élémentaire du psoriasis vulgaire.

 - **Plaque érythémato-squameuse à limites nettes, en relief**
 - **Le grattage peut faire apparaître une « rosée sanglante »**
- 6** Quelles sont les localisations du psoriasis vulgaire ?

 - **Toute la peau peut être touchée**
 - **Topographie : coudes, genoux, région sacrée, cuir chevelu**
- 7** Quel est le diagnostic différentiel de l'atteinte psoriasique du cuir chevelu ? Comment fait-on la différence ?

 - **La dermite séborrhéique**
 - **Dans le psoriasis : pas d'alopecie, les cheveux traversent le casque squameux**
 - **Dans la dermite séborrhéique : les cheveux sont recouverts par les squames**

8 Quelles sont les lésions d'un ongle psoriasique ?

- Dépressions punctiformes (ongle en « dé à coudre »)
- Hyperkératose sous unguéale
- Onycholyse distale

9 Quels examens complémentaires doit-on réaliser pour confirmer le diagnostic de psoriasis ?

- **AUCUN : le diagnostic est clinique.**

10 Définir un psoriasis inversé.

- **Lésions cutanées psoriasiques atteignant les grands plis**

11 Quels sont les diagnostics différentiels d'un psoriasis inversé ? Quel est l'élément sémiologique fortement évocateur du psoriasis ?

- Intertrigo fongique (candidose, trychophytie)
- Intertrigo bactérien (érythrasma)
- Intertrigo irritatif
- Acanthosis nigricans
- Les lésions du psoriasis inversé ont des **LIMITES NETTES**.

12 Quelles sont les formes graves du psoriasis ?

- Psoriasis pustuleux
- Érythrodermie
- Rhumatisme psoriasique

13 Donner 2 exemples de traitement d'attaque d'un psoriasis localisé au coude.

- Kératolytique (vaseline salicylée) + dermocorticoïde de classe II
- Calcipotriol (Daivonex®)

14 Quelles sont les contre-indications dermatologiques à l'utilisation du calcipotriol ? Pourquoi ?

- Contre-indications :
 - psoriasis étendu (supérieur à 30 % de la surface corporelle)
 - atteinte des plis
- Risque d'intoxication à la vitamine D avec risque d'hypercalcémie

15 À quel risque majeur sont exposés les patients ayant reçu une PUVAthérapie ?

- **Risque carcinologique cutané (mélanome, carcinomes)**

16 Quelles sont les contre-indications à la PUVAthérapie ?

- **Cutanées : érythrodermie, psoriasis pustuleux**
- **Générales : insuffisance rénale, hépatique, facteurs anti-nucléaires**
- **Oculaires : cataracte**
- **Terrain : sujet jeune (moins de 18 ans : contre-indiqué ; moins de 50 ans : à éviter)**

17 Quelle précaution indispensable doit prendre un patient sous PUVAthérapie ? Pourquoi ?

- **Protection oculaire par des lunettes haute protection**
- **Risque de cataracte**

18 Quelle est la principale restriction à l'utilisation des rétinoïdes (soriatane) ?

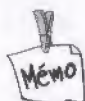
- **Grossesse contre-indiquée jusqu'à 2 ans après l'arrêt du traitement**
- **Hautement TÉRATOGENE**

19 Quel est le médicament de choix dans le traitement du rhumatisme psoriasique ?

- **Méthotrexate**

20 Quel traitement général est contre-indiqué chez un sujet atteint de psoriasis ?

- **Corticothérapie**



- ❖ Granulomatose
- ❖ Polymorphisme sémiologique ; atteinte pulmonaire surtout
- ❖ Recherche de complications graves
- ❖ Syndrome de Löfgren : diagnostic clinique et radiologique

1 Quel est le terrain d'apparition de la sarcoïdose ?

2 Quelle est l'histologie typique de la sarcoïdose ?

3 Quelle est la circonstance de découverte la plus fréquente de la sarcoïdose ?

4 Quels sont les aspects cliniques habituels de la sarcoïdose ?

5 Décrire le syndrome de Löfgren.

6 Quels sont les examens complémentaires à réaliser pour confirmer un syndrome de Löfgren ?

7 Quelle est l'évolution habituelle du syndrome de Löfgren ?
Quel est son traitement ?

8 Quels sont les types radiologiques de la sarcoïdose ?

9 Devant une suspicion de sarcoïdose (hors Löfgren), quels sont les 3 examens complémentaires les plus pertinents pour faire le diagnostic ?

10 Quel est le seul examen de certitude ?

11 Quels sont les résultats du LBA dans la sarcoïdose ?

12 De quels autres examens peut-on s'aider pour le diagnostic de sarcoïdose ?

13 Quelles localisations graves doit-on systématiquement rechercher au cours de la sarcoïdose ?

14 À quoi est liée la gravité de l'atteinte pulmonaire ?

15 Comment suivre l'évolution de l'atteinte pulmonaire ?

16 Quels sont les signes d'évolutivité de la sarcoïdose ?

17 Décrire le syndrome d'Heerfordt.

18 Quels sont les mécanismes de l'atteinte rénale de la sarcoïdose ?

19 Quelles sont les indications de la corticothérapie générale dans la sarcoïdose ?

20 Quelle est la particularité des mesures associées au cours du traitement d'une sarcoïdose par les corticoïdes ?

1 Quel est le terrain d'apparition de la sarcoïdose ?

- **Sujet jeune (20 à 40 ans)**
- **Surtout chez le sujet noir (fréquence des atteintes sévères)**

2 Quelle est l'histologie typique de la sarcoïdose ?

- **Granulome avec des cellules épithélioïdes et géo-antocellulaires SANS nécrose caséuse**

3 Quelle est la circonstance de découverte la plus fréquente de la sarcoïdose ?

- **Découverte fortuite d'un syndrome interstitiel lors d'une radiographie de thorax**

4 Quels sont les aspects cliniques habituels de la sarcoïdose ?

- **Présentation polymorphe ; souvent asymptomatique**
- **Altération de l'état général**
- **Adénopathies (épirochléennes évocatrices)**
- **Toux sèche, dyspnée**
- **Atteinte cutanée (sarcoïdes ; érythème noueux)**
- **Polyarthralgies, myosite**
- **Atteinte oculaire :**
 - **uvéite antérieure (fréquente, corticothérapie LOCALE)**
 - **uvéite postérieure (grave, corticothérapie GÉNÉRALE)**
 - **syndrome sec**
- **Multinévrite**

5 Décrire le syndrome de Löfgren.

- **Fièvre**
- **Arthralgies**
- **Érythème noueux**
- **Adénopathies médiastinales : lymphome hilaire bilatéral bénin**
- **Anergie tuberculinique**

6 Quels sont les examens complémentaires à réaliser pour confirmer un syndrome de Löfgren ?

- **IDR à 10 unités de tuberculine**
- **Radiographie de thorax**
- **ET C'EST TOUT.**

7 Quelle est l'évolution habituelle du syndrome de Löfgren ?
Quel est son traitement ?

- Évolution : guérison spontanée dans 90 % des cas
- Traitement : symptomatique (antalgiques)
- PAS de corticoïdes

8 Quels sont les types radiologiques de la sarcoïdose ?

- Type 0 : radiographie de thorax normale
- Type I : lymphome hilair bilatéral bénin
- Type II : atteinte parenchymateuse + adénopathies médiastinales
- Type III : atteinte parenchymateuse pure, sans fibrose
- Type IV : fibrose pulmonaire

9 Devant une suspicion de sarcoïdose (hors Löfgren), quels sont les 3 examens complémentaires les plus pertinents pour faire le diagnostic ?

- Scanner thoracique avec des coupes fines
- Fibroscopie bronchique avec biopsies
- Biopsies :
 - bronchiques
 - ou glandes salivaires accessoires
 - ou adénopathie
 - ou sarcoïde cutané

10 Quel est le seul examen de certitude ?

- La biopsie avec mise en évidence du granulome sarcoïdosique à l'examen anatomopathologique

11 Quels sont les résultats du LBA dans la sarcoïdose ?

- Hyperlymphocytose à lymphocytes CD4 (rapport CD4/CD8 élevé)

12 De quels autres examens peut-on s'aider pour le diagnostic de sarcoïdose ?

- NFS : lymphopénie
- VS normale
- EPP : hypergammaglobulinémie polyclonale
- Enzyme de conversion de l'angiotensine élevé
- Hypercalcémie, hypercalciurie

13 Quelles localisations graves doit-on systématiquement rechercher au cours de la sarcoïdose ?

- Cardiaque (bloc auriculo-ventriculaire)
- Système nerveux central (méningo-encéphalite, atteinte médullaire)
- Hypercalcémie
- Oculaire : risque de cécité par uvéite postérieure
- Hépatique
- Rénale

14 À quoi est liée la gravité de l'atteinte pulmonaire ?

- Risque d'évolution vers la fibrose pulmonaire (inaccessible au traitement et irréversible) et à l'insuffisance respiratoire chronique

15 Comment suivre l'évolution de l'atteinte pulmonaire ?

- EFR : syndrome restrictif, diminution de la DLCO
- Gazométrie artérielle

16 Quels sont les signes d'évolutivité de la sarcoïdose ?

- Importance de la lymphocytose au LBA
- Augmentation de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
- Hypercalcémie
- Intensité de la fixation à la scintigraphie au Gallium (rarement réalisée)

17 Décrire le syndrome d'Heerfordt.

- Fièvre
- Uvéite antérieure bilatérale
- Hypertrophie parotidienne
- Paralysie faciale périphérique
- Indication de la corticothérapie générale

18 Quels sont les mécanismes de l'atteinte rénale de la sarcoïdose ?

- Néphrocalcinose
- Néphrite interstitielle (granulome)

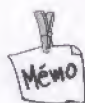
19 Quelles sont les indications de la corticothérapie générale dans la sarcoïdose ?

- Localisations graves (cf. question 13)
- Évolution avec signes généraux sévères
- Aggravation des signes respiratoires

20 Quelle est la particularité des mesures associées au cours du traitement d'une sarcoïdose par les corticoïdes ?

- PAS de supplémentation calcique ni en vitamine D (risque d'hypercalcémie)

Question rédigée par le docteur Julien Dumurgier



- ❖ Déficit neurologique
- ❖ Femme jeune
- ❖ Lésions disséminées dans l'espace et dans le temps
- ❖ Poussée = bolus de corticoïde
- ❖ Interféron bêta au long cours

1 Quels sont les éléments cliniques en faveur du diagnostic de SEP ?

2 Quel est votre bilan paraclinique devant une suspicion de SEP ?

3 Quels sont les principaux diagnostics différentiels de SEP ?

4 Comment sont les marqueurs sériques de l'inflammation dans la SEP ?

5 Qu'attendez-vous de l'imagerie cérébrale dans la SEP ?

6 Qu'attendez-vous de la ponction lombaire dans la SEP ?

7 Quelles sont les manifestations ophtalmologiques de la SEP ?

8 Quelles sont les caractéristiques cliniques d'une NORB (Névrite optique rétro-bulbaire) ?

9 Qu'est-ce que l'ophtalmoplégie internucléaire ?

10 Qu'est-ce que le phénomène d'Uhtoff ?

11 Peut-on observer une atteinte périphérique dans la SEP ?

12 Quels sont les différents modes évolutifs de la maladie ?

13 Quelle est votre prise en charge d'une poussée invalidante de SEP ?

14 Quel traitement médicamenteux pouvez-vous proposer au long cours ?

15 Quelles mesures y associez-vous ?

16 Quelles complications redoutez-vous ?

1 Quels sont les éléments cliniques en faveur du diagnostic de SEP ?

- Terrain = femme jeune 20 à 40 ans
- Lésions disséminées dans l'espace : atteinte multifocale de la substance blanche du système nerveux central
- Lésions disséminées dans le temps : poussées neurologiques successives spontanément régressives

2 Quel est votre bilan paraclinique devant une suspicion de SEP ?

- Biologique : NFS, VS, CRP, ionogramme sanguin, glycémie, électrophorèse des protéines plasmatiques, facteurs anti-nucléaires, enzyme de conversion de l'angiotensine, sérologie HIV, HTLV-1, Lyme
- Ponction lombaire
- Bilan ophtalmologique
- Radiologique : radio de thorax, IRM cérébral et médullaire avec injection de gadolinium
- Potentiels évoqués visuels, somesthésiques et auditifs

3 Quels sont les principaux diagnostics différentiels de SEP ?

- Devant une démyélinisation diffuse : lupus érythémateux disséminé, syndrome de Gougerot-Sjögren, Behçet, neuro-sarcoïdose, Lyme, HTLV 1, HIV
- Devant une forme médullaire rémittente : angiome médullaire

4 Comment sont les marqueurs sériques de l'inflammation dans la SEP ?

- Normaux, il n'y a pas de syndrome inflammatoire biologique dans la SEP, en dehors d'un épisode infectieux.

5 Qu'attendez-vous de l'imagerie cérébrale dans la SEP ?

- Multiples foyers de démyélinisation disséminés dans la substance blanche, prédominant dans les zones périventriculaires, sous forme d'hyposignal T1 et d'hypersignal T2
- La prise de gadolinium par une lésion témoigne de son caractère évolutif : l'IRM injecté permet la distinction d'une lésion récente éventuellement responsable d'une poussée symptomatique d'une lésion ancienne séquellaire.

6 Qu'attendez-vous de la ponction lombaire dans la SEP ?

- Peut-être normale, pas de spécificité
- Hyperprotéinorachie modérée < 1 g/l
- Lymphocytose modérée
- Synthèse intrathécale d'immunoglobuline IgG (> 14 %) avec répartition oligoclonale

7 Quelles sont les manifestations ophtalmologiques de la SEP ?

- Névrite optique rétro-bulbaire (NORB)
- Diplopie par paralysie oculomotrice
- Ophtalmoplégie internucléaire

8 Quelles sont les caractéristiques cliniques d'une NORB (Névrite optique rétro-bulbaire) ?

- Baisse rapide de l'acuité visuelle d'un œil
- Douleur orbitaire augmentée par la mobilisation du globe oculaire
- Champ visuel : scotome central
- Fond d'œil : normal au stade aigu, risque d'évolution vers une atrophie papillaire (pâleur papillaire)
- Signe de Marcus Gunn
- Évolution le plus souvent favorable en quelques semaines avec récupération de l'acuité visuelle

9 Qu'est-ce que l'ophtalmoplégie internucléaire ?

- Lésion démyélinisante de la bandelette longitudinale postérieure se manifestant dans le regard latéral : parésie de l'œil en adduction et nystagmus de l'œil en abduction. L'adduction des yeux est conservée lors de la convergence, ce qui différencie cliniquement l'ophtalmoplégie internucléaire d'une atteinte du III.

10 Qu'est-ce que le phénomène d'Uhthoff ?

- Trouble neurologique paroxystique déclenché par de la fièvre ou une augmentation de la température ambiante
- Il ne représente pas une poussée évolutive de la maladie et ne nécessite pas de traitement spécifique.

11 Peut-on observer une atteinte périphérique dans la SEP ?

- NON ; les nerfs périphériques sont toujours respectés, les lésions démyélinisantes se limitant toujours au système nerveux central.

- Cependant, on peut observer une atteinte de type périphérique de certaines paires crâniennes : paralysie oculomotrice, paralysie faciale périphérique dues à une atteinte démyélinisante dans leur trajet intrabasilaire.
- Les paires crâniennes peuvent aussi subir une atteinte centrale par lésion du faisceau géniculé : syndrome pseudo-bulbaire, paralysie faciale centrale...

12 Quels sont les différents modes évolutifs de la maladie ?

- Formes rémittentes : évoluant par poussées de moins en moins régressives
- Formes rémittentes secondairement progressives : les plus fréquentes
- Formes progressives d'emblée
- Il existe de rares formes bénignes.

13 Quelle est votre prise en charge d'une poussée invalidante ?

- Hospitalisation en neurologie, Repos au lit
- Corticothérapie : bolus de solumédrol 500 mg/j intraveineux pendant 3 jours. Permet de réduire la durée de la poussée.
- Kinésithérapie précoce

14 Quel traitement médicamenteux pouvez-vous proposer au long cours ?

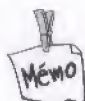
- Antispastique : Lioréal ou Dantrium. À visée symptomatique : diminue l'hypertonie pyramidale
- Interféron bêta (Rebif®) : immunomodulateur. Indiqué dans les formes rémittentes avec au moins deux poussées dans les deux années précédentes. Permet de diminuer la fréquence des poussées et l'évolutivité IRM des lésions, mais peu d'effets sur l'aggravation du handicap au long cours.

15 Quelles mesures y associez-vous ?

- Prise en charge à 100 % au titre de l'ALD30
- Maintien de l'insertion sociale et professionnelle
- Prise en charge des troubles vésico-sphinctériens et des troubles de déglutition
- Prévention des infections urinaires
- Kinésithérapie/rééducation motrice
- Soutien psychologique, prise en charge d'une dépression
- Surveillance régulière

16 Quelles complications redoutez-vous ?

- Troubles sphinctériens/infections urinaires
- Troubles de la déglutition/infections pulmonaires
- Évolution déficitaire de la maladie vers un état grabataire
- Complications de décubitus
- Détérioration cognitive
- Troubles psychiques/dépression



- ❖ Fréquent chez le sujet âgé
- ❖ ÉLIMINER UNE HÉMOPATHIE LYMPHOÏDE B MALIGNE
- ❖ Dysglobulinémie monoclonale de signification indéterminée (MGUS : Monoclonal Gammopathy Unknown Significance)

1 Quelle est la fréquence de l'immunoglobuline monoclonale avant 60 ans ? Et après 80 ans ?

.....

2 Quelle est la définition d'une immunoglobuline monoclonale ?

.....

3 Quel examen permet, en général, de dépister une immunoglobuline monoclonale ? Que montre-t-il ?

.....

4 Quel est le meilleur examen pour typer l'immunoglobuline monoclonale ?

.....

5 Quelles sont les principales hémopathies malignes lymphoïdes B pouvant se manifester par une immunoglobuline monoclonale ?

.....

6 Qu'évoquez-vous systématiquement (et à tout âge) devant une immunoglobuline monoclonale G ou A ? Quel bilan complémentaire devez-vous alors prescrire ?

.....

7 Comment fait-on le diagnostic de maladie de Waldenström ?

.....

- 8** Quelles sont les manifestations de la maladie de Waldenström (ordonnez votre réponse) ?
-
- 9** Décrire brièvement la maladie des chaînes α (avec l'évolution).
-
- 10** Quel est le pronostic d'une amylose AL ?
-
- 11** Comment affirmer le diagnostic d'une amylose ?
-
- 12** Pourquoi le terme de gammapathie monoclonale bénigne est-il inapproprié ?
-
- 13** Comment fait-on le diagnostic de dysglobulinémie monoclonale de signification indéterminée ?
-
- 14** Quelle est votre conduite à tenir, une fois posé le diagnostic de dysglobulinémie monoclonale de signification indéterminée ?
-
- 15** Dans quelles pathologies peut-on observer une immunoglobuline monoclonale réactionnelle ?
-
- 16** Dans quelles circonstances peut-on se passer du myélogramme dans l'exploration d'une immunoglobuline monoclonale G ?
-
- 17** Quel est le traitement d'un plasmocytome solitaire ?
-
- 18** Définir le syndrome POEMS.
-

1 Quelle est la fréquence de l'immunoglobuline monoclonale avant 60 ans ? Et après 80 ans ?

- Avant 60 ans : moins de 1 %
- Après 80 ans : entre 5 et 10 %

2 Quelle est la définition d'une immunoglobuline monoclonale ?

- Une seule chaîne lourde,
- Une seule chaîne légère
- Une seule spécificité anticorps

3 Quel examen permet, en général, de dépister une immunoglobuline monoclonale ? Que montre-t-il ?

- Électrophorèse des protéines plasmatiques : pic étroit et symétrique de siège variable selon l'immunoglobuline concernée.

4 Quel est le meilleur examen pour typer l'immunoglobuline monoclonale ?

- Immunofixation

5 Quelles sont les principales hémopathies malignes lymphoïdes B pouvant se manifester par une immunoglobuline monoclonale ?

- MYÉLOME MULTIPLE
- Plasmocytome solitaire
- Maladie de Waldenström
- LLC
- Lymphome B
- Maladie des chaînes lourdes (α , μ , γ)

6 Qu'évoquez-vous systématiquement (et à tout âge) devant une immunoglobuline monoclonale G ou A ? Quel bilan complémentaire devez-vous alors prescrire ?

- MYÉLOME MULTIPLE
- Immunofixation des protéines sanguines et urinaires
- Myélogramme
- Bilan phospho-calcique, fonction rénale
- Radiographies du squelette entier
- CRP ; $\beta 2$ microglobuline

7 Comment fait-on le diagnostic de maladie de Waldenström ?

- **Myélogramme** : infiltration lympho-plasmocytaire médullaire
- **Immunofixation** : IgM monoclonale supérieure à 5 g/l

8 Quelles sont les manifestations de la maladie de Waldenström (ordonnez votre réponse) ?

- **Manifestations liées à l'infiltration tumorale** :
 - splénomégalies
 - adénopathies
- **Manifestations liées à l'immunoglobuline monoclonale** :
 - **dépôts tissulaires** :
 - neuropathie périphérique
 - amylose
 - glomérulopathie
 - **IgM circulante** :
 - hyperviscosité
 - cryoglobulinémie
 - anémie hémolytique auto-immune (agglutinines froides)

9 Décrire brièvement la maladie des chaînes α (avec l'évolution).

- **Lymphome méditerranéen de l'intestin grêle**
- **Stade initial** : lymphome de bas grade de malignité (type MALT) avec tableau d'entéropathie exsudative et syndrome de malabsorption
- **Évolution** vers un lymphome de haut grade de malignité

10 Quel est le pronostic d'une amylose AL ?

- **Sombre** : survie moyenne entre 1 et 2 ans.

11 Comment affirmer le diagnostic d'une amylose ?

- **Biopsie de la graisse abdominale ou biopsie rectale ou biopsie de l'organe cible** avec examen anatomopathologique (coloration Rouge-Congo ou thioflavine)

12 Pourquoi le terme de gammopathie monoclonale bénigne est-il inapproprié ?

- **L'évolution de ces gammopathies est très incertaine** : taux annuel de transformation maligne d'environ 1 %.

13 Comment fait-on le diagnostic de dysglobulinémie monoclonale de signification indéterminée ?

⇒ **DIAGNOSTIC D'ÉLIMINATION :**

- Pic monoclonal de faible amplitude
- Myélogramme normal
- Absence de lésions osseuses
- Absence d'hypercalcémie
- Absence d'anémie, de thrombopénie

14 Quelle est votre conduite à tenir, une fois posé le diagnostic de dysglobulinémie monoclonale de signification indéterminée ?

- Surveillance régulière (tous les 6 mois) avec :
 - examen clinique
 - électrophorèse des protéines sanguines et urinaires

15 Dans quelles pathologies peut-on observer une immunoglobuline monoclonale réactionnelle ?

- Infections :
 - virales : VIH, EBV, CMV
 - bactériennes : tuberculose, infection chronique
 - parasitaires
- Maladies auto-immunes : Lupus, polyarthrite rhumatoïde, Sjögren
- Cancers et hémopathies non lymphoïdes B
- Maladies hépatiques : cirrhose, hépatite chronique

16 Dans quelles circonstances peut-on se passer du myélogramme dans l'exploration d'une immunoglobuline monoclonale G ?

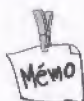
- AUCUNE : l'examen doit être réalisé dans tous les cas.

17 Quel est le traitement d'un plasmocytome solitaire ?

- Radiothérapie ou chirurgie

18 Définir le syndrome POEMS.

- Polyneuropathie
- Organomégalie
- Endocrinopathie
- Protéine monoclonale
- Anomalie cutanée (Skin)



- ❖ Pénurie de donneurs
- ❖ Pour être transplanté, il faut être inscrit dans le registre national de l'Établissement français des greffes (EFG).
- ❖ Les chiffres de l'année 2001 (source : EFG)
- ❖ Total des transplantations : 3 325 (équivalent au chiffre de 1991)
 - cœur : 316
 - cœur-poumons : 26
 - poumons : 91
 - foie : 803
 - rein : 2 022
 - pancréas : 60
 - intestin : 7
 - cellules souches hématopoïétiques : 855
- ❖ Notion de rejet aigu/chronique
- ❖ Traitement immunosuppresseur lourd

1 Quels sont les 4 principes éthiques énoncés par la loi, régissant le prélèvement d'organes ?

.....

2 Comment s'assurer du consentement du donneur potentiel pour un sujet majeur ? Pour un mineur ?

.....

3 Quel est l'examen qui à lui seul permet d'affirmer la mort encéphalique ?

.....

4 Comment fait-on le diagnostic de mort encéphalique ?

.....

5 Qui fait le diagnostic de mort encéphalique ?

.....

6 Dans quelles situations peut-on observer un EEG plat ?

.....

7 Quel bilan immunologique doit-on réaliser chez le donneur ?

.....

8 Quelles sont les contre-indications immunologiques à une transplantation ?

.....

9 Dans quelles circonstances peuvent apparaître des anticorps anti-HLA ?

.....

10 Quel est le type de réaction utilisée lors du cross-match ?

.....

11 Quels sont les types de complications que l'on peut observer après une transplantation d'organe (quel qu'il soit) ?

.....

12 Quels sont les mécanismes de rejet aigu et suraigu d'une transplantation rénale ?

.....

13 Comment fait-on le diagnostic d'un rejet aigu d'une transplantation rénale ?

.....

14 Quelle est l'histologie d'un rejet chronique d'une transplantation rénale ?

.....

15 Quels sont les 3 immunosuppresseurs couramment employés dans la transplantation rénale ?

.....

- 16** Quelle est la contre-indication absolue d'ordre hémodynamique à la transplantation cardiaque ?
-
- 17** Quelle est la conséquence d'un rejet aigu de la transplantation cardiaque ? Quelle est sa symptomatologie ?
-
- 18** Quels sont les 2 examens les plus pertinents pour le dépistage du rejet aigu de la transplantation cardiaque ?
-
- 19** Quelle est la complication cardiaque majeure à long terme après la transplantation cardiaque ?
-
- 20** Par quel mécanisme principal 50 % des transplantés cardiaques sont dialysés ?
-
- 21** Quelle est la complication majeure à long terme d'une transplantation pulmonaire ?
-
- 22** Comment se manifeste un rejet aigu de transplantation hépatique ?
-
- 23** Comment se manifeste un rejet chronique de transplantation hépatique ?
-
- 24** Qu'est-il licite de proposer à un patient diabétique qui va bénéficier d'une transplantation rénale ?
-
- 25** À partir de quels prélèvements peut-on prélever des cellules souches hématopoïétiques ?
-

26 Quelle est la probabilité pour un individu que son frère soit HLA-identique ?

.....

27 Quelle est la symptomatologie de la réaction du greffon contre l'hôte aiguë (GVH) ?

.....

28 Quel est l'inconvénient majeur d'une greffe syngénique (jumeau monozygote) dans le traitement d'une leucémie aiguë ?

.....

29 Quels sont les principaux effets indésirables de la ciclosporine ?

.....

1 Quels sont les 4 principes éthiques énoncés par la loi, régissant le prélèvement d'organes ?

- Consentement
- Gratuité du don
- Anonymat donneur-receveur
- Interdiction de publicité en faveur d'une personne déterminée

2 Comment s'assurer du consentement du donneur potentiel pour un sujet majeur ? Pour un mineur ?

- Pour un majeur : principe du consentement présumé :
 - une personne est consentante si elle n'a pas fait connaître son refus du prélèvement
 - (inscription au registre national du refus, information de sa famille)
- Pour un mineur : autorisation des 2 titulaires de l'autorité parentale

3 Quel est l'examen qui à lui seul permet d'affirmer la mort encéphalique ?

- Artériographie cérébrale bicarotidienne : arrêt de la circulation cérébrale par œdème cérébral

4 Comment fait-on le diagnostic de mort encéphalique ?

- Examen clinique :
 - coma aréactif
 - ET absence de TOUS les réflexes du tronc cérébral
 - ET absence de ventilation spontanée EN SITUATION D'HYPERCAPNIE (apnée prolongée)
- Examens complémentaires :
 - 2 EEG prolongés (20 minutes), aréactifs à 3 heures d'intervalle
 - OU une artériographie cérébrale

5 Qui fait le diagnostic de mort encéphalique ?

- 2 médecins dont 1 réanimateur ; INDÉPENDANTS des transplantateurs

6 Dans quelles situations peut-on observer un EEG plat ?

- Comas par :
 - hypothermie
 - intoxications (barbituriques ; alcool ; benzodiazépines)
- Mort encéphalique

7 Quel bilan immunologique doit-on réaliser chez le donneur ?

- Groupage ABO ; rhésus phénotypé
- Typage HLA
- Sérologies : VIH, VHB, VHC, HTLV, CMV, TPHA-VDRL ; toxoplasmose

8 Quelles sont les contre-indications immunologiques à une transplantation ?

- Incompatibilité ABO
- Présence d'anticorps anti-HLA du donneur
- Cross-match positif

9 Dans quelles circonstances peuvent apparaître des anticorps anti-HLA ?

- Transplantation d'organe
- Transfusion sanguine
- Grossesse

10 Quel est le type de réaction utilisée lors du cross-match ?

- Microlymphocytotoxicité

11 Quels sont les types de complications que l'on peut observer après une transplantation d'organe (quel qu'il soit) ?

- Complications chirurgicales
- Rejet (suraigu, aigu, chronique)
- Complications de l'immunodépression :
- Infections (bactériennes ; virales ; parasitaires ; mycotiques)
- Néoplasies
- Toxicités médicamenteuses

12 Quels sont les mécanismes de rejet aigu et suraigu d'une transplantation rénale ?

- Aigu : cytotoxicité cellulaire (lymphocytes T)
- Suraigu : anticorps anti-HLA du donneur + complément

13 Comment fait-on le diagnostic d'un rejet aigu d'une transplantation rénale ?

- Clinique :
 - fièvre
 - gros rein douloureux
 - oligurie
- Biologie : élévation de la créatininémie
- Le diagnostic est HISTOLOGIQUE (PBR du transplant) : infiltration cellulaire et œdème dans l'interstitium.

14 Quelle est l'histologie d'un rejet chronique d'une transplantation rénale ?

- FIBROSE interstitielle

15 Quels sont les 3 immunosuppresseurs couramment employés dans la transplantation rénale ?

- Corticoïdes
- Ciclosporine
- Azathioprine

16 Quelle est la contre-indication absolue d'ordre hémodynamique à la transplantation cardiaque ?

- HTAP précapillaire

17 Quelle est la conséquence d'un rejet aigu de la transplantation cardiaque ? Quelle est sa symptomatologie ?

- Dysfonction myocardique
- Elle est asymptomatique et doit donc être dépistée avant toute manifestation cardiaque.

18 Quels sont les 2 examens les plus pertinents pour le dépistage du rejet aigu de la transplantation cardiaque ?

- Échographie-doppler transthoracique
- Biopsies multiples endomyocardiques

19 Quelle est la complication cardiaque majeure à long terme après la transplantation cardiaque ?

- Maladie coronaire du greffon

- 20** Par quel mécanisme principal 50 % des transplantés cardiaques sont dialysés ?
- **Insuffisance rénale par néphrotoxicité de la ciclosporine**
- 21** Quelle est la complication majeure à long terme d'une transplantation pulmonaire ?
- **Bronchiolite oblitérante**
- 22** Comment se manifeste un rejet aigu de transplantation hépatique ?
- **Fièvre**
 - **Cytolyse hépatique, cholestase**
 - **Insuffisance hépato-cellulaire parfois**
 - **À la PBH : infiltrat inflammatoire de la paroi des canaux biliaires et de la paroi des veinules portes**
- 23** Comment se manifeste un rejet chronique de transplantation hépatique ?
- **Cholestase ictérique**
- 24** Qu'est-il licite de proposer à un patient diabétique qui va bénéficier d'une transplantation rénale ?
- **Une transplantation rein/pancréas**
- 25** À partir de quels prélèvements peut-on prélever des cellules souches hématopoïétiques ?
- **Moelle osseuse**
 - **Sang circulant**
 - **Sang de cordon**
- 26** Quelle est la probabilité pour un individu que son frère soit HLA-identique ?
- **25 %**
- 27** Quelle est la symptomatologie de la réaction du greffon contre l'hôte aiguë (GVH) ?
- **Manifestations cutanées :**
 - **éruption maculo-papuleuse débutant aux paumes des mains et des pieds et des régions rétro-auriculaires**
 - **tout est possible : de l'érythème localisé au syndrome de Lyell**

- Manifestations hépatiques :
 - cholestase ictérique
- Manifestations gastro-intestinales :
 - diarrhée
 - douleurs abdominales
 - nausées, vomissements
- Altération de l'état général ; fièvre

28

Quel est l'inconvénient majeur d'une greffe syngénique (jumeau monozygote) dans le traitement d'une leucémie aiguë ?

- Absence de réaction du greffon versus leucémie (GVL)
- Une GVL n'est possible qu'avec une GVH.

29

Quels sont les principaux effets indésirables de la ciclosporine ?

- NÉPHROTOXICITÉ
- HTA
- Infections opportunistes
- Cancers cutanés
- Hypertrichose, alopecie, hypertrophie gingivale, haleine fétide
- Irritabilité
- Troubles vasomoteurs des extrémités ; crampes
- Troubles neurologiques (tremblements ; convulsions)
- Hépatite cholestatique
- Hyperkaliémie ; hyperuricémie ; hypomagnésémie



- ❖ Fréquent
- ❖ Maladie de Raynaud
- ❖ Éliminer un syndrome de Raynaud secondaire
- ❖ Diagnostic d'interrogatoire
- ❖ Causes secondaires dominées par la sclérodermie

1 Quelle est la fréquence de la maladie de Raynaud ?

2 Définir le phénomène de Raynaud.

3 Quel est l'élément-clé du diagnostic de phénomène de Raynaud ?

4 Quelles autres manifestations peut-on observer ?

5 Quelles sont les 3 phases classiques du phénomène de Raynaud ?

6 Comment fait-on la différence entre le phénomène de Raynaud et une acrocyanose ?

7 Définir la maladie de Raynaud.

8 Quels sont les 6 critères nécessaires au diagnostic de maladie de Raynaud ?

- 9** En quoi l'âge d'apparition d'un phénomène de Raynaud peut vous orienter vers une maladie de Raynaud ou un syndrome de Raynaud secondaire ?
-
- 10** Quel est le terrain de la maladie de Raynaud ?
-
- 11** Quel est l'élément sémiologique pathognomonique d'un syndrome de Raynaud secondaire ?
-
- 12** Quelles sont les étiologies les plus fréquentes des syndromes de Raynaud secondaires chez la femme ?
-
- 13** Quelles sont les étiologies les plus fréquentes des syndromes de Raynaud secondaires chez l'homme ?
-
- 14** Que suspectez-vous devant un syndrome de Raynaud unilatéral ?
-
- 15** Par quel test clinique recherche-t-on une atteinte des arcades palmaires ? Le décrire.
-
- 16** Quel est l'examen morphologique de référence dans l'exploration d'un phénomène de Raynaud unilatéral ?
-
- 17** À la capillaroscopie, que recherchez-vous en faveur d'un syndrome de Raynaud secondaire ?
-
- 18** Réalisez-vous une capillaroscopie devant un phénomène de Raynaud unilatéral ?
-

19 Quels sont les médicaments pouvant induire un syndrome de Raynaud secondaire (= médicaments contre-indiqués dans un syndrome de Raynaud) ?

.....

20 Quelles sont les principales orientations étiologiques devant un syndrome de Raynaud ?

.....

21 Quels sont les principes du traitement d'un syndrome de Raynaud ?

.....

- 1 Quelle est la fréquence de la maladie de Raynaud ?
 - 5 à 6 % de la population
- 2 Définir le phénomène de Raynaud.
 - C'est un acrosyndrome vasculaire paroxystique avec interruption **BRUTALE** et **TRANSITOIRE** de la circulation artérielle digitale.
- 3 Quel est l'élément-clé du diagnostic de phénomène de Raynaud ?
 - Diagnostic clinique, à l'**INTERROGATOIRE** :
 - décoloration des doigts, transitoire, causée par le froid
 - impression de doigts morts.
- 4 Quelles autres manifestations peut-on observer ?
 - Cyanose, rougeur des doigts
 - Fourmillements, brûlures
 - Manifestations possibles aux orteils, aux lèvres, aux oreilles, à la langue, au nez
- 5 Quelles sont les 3 phases classiques du phénomène de Raynaud ?
 - Phase syncopale (typique, doigts **BLANCS**)
 - Phase asphyxique (cyanose)
 - Phase d'hyperhémie (rougeur)
- 6 Comment fait-on la différence entre le phénomène de Raynaud et une acrocyanose ?
 - Dans l'acrocyanose (pathologie très fréquente et bénigne), l'hypersensibilité au froid est **PERMANENTE**, les doigts ne sont jamais blancs, cette pathologie est indolore.
- 7 Définir la maladie de Raynaud.
 - Phénomène de Raynaud idiopathique

8 Quels sont les 6 critères classiques nécessaires au diagnostic de maladie de Raynaud ?

- Épisodes déclenchés par le froid ou l'émotion
- Phénomène bilatéral
- Pouls radiaux et cubitaux normaux
- Absence de troubles trophiques digitaux
- Bilan étiologique négatif
- Recul évolutif supérieur à 10 ans

9 En quoi l'âge d'apparition d'un phénomène de Raynaud peut vous orienter vers une maladie de Raynaud ou un syndrome de Raynaud secondaire ?

- Âge jeune (adolescence) : oriente vers une maladie de Raynaud
- Âge supérieur à 40 ans : oriente vers un syndrome de Raynaud secondaire

10 Quel est le terrain de la maladie de Raynaud ?

- Femme jeune

11 Quel est l'élément sémiologique pathognomonique d'un syndrome de Raynaud secondaire ?

- Nécrose digitale

12 Quelles sont les étiologies les plus fréquentes des syndromes de Raynaud secondaires chez la femme ?

- Collagénoses :
 - SCLÉRODERMIE SYSTÉMIQUE (95 %)
 - lupus érythémateux disséminé
 - polyarthrite rhumatoïde

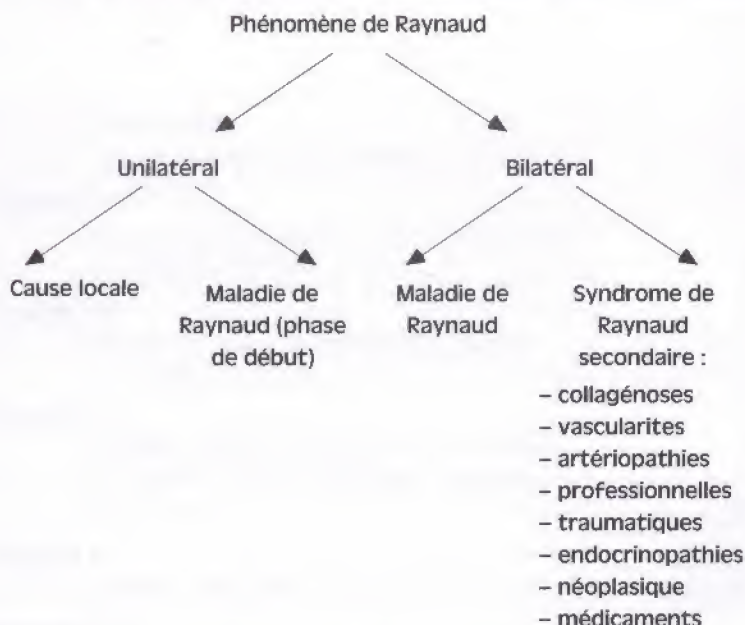
13 Quelles sont les étiologies les plus fréquentes des syndromes de Raynaud secondaires chez l'homme ?

- Artériopathies (athérome, inflammation)
- Pathologies professionnelles :
 - maladies des engins vibrants
 - anévrisme cubital
 - maladie du marteau

- 14** Que suspectez-vous devant un syndrome de Raynaud unilatéral ?
- **Une cause LOCORÉGIONALE**
- 15** Par quel test clinique recherche-t-on une atteinte des arcades palmaires ? Le décrire.
- **TEST D'ALLEN**
 - **Le patient ferme fortement le poing d'une main. L'examineur comprime les artères radiales et cubitales puis le patient ouvre la main (elle est alors pâle). On lève alors la compression de l'artère radiale (ou cubitale) : si elle est perméable, la paume se recolore en 3 à 5 secondes.**
- 16** Quel est l'examen morphologique de référence dans l'exploration d'un phénomène de Raynaud unilatéral ?
- **Artériographie du membre supérieur**
- 17** À la capillaroscopie, que recherchez-vous en faveur d'un syndrome de Raynaud secondaire ?
- **Mégacapillaires**
- 18** Réalisez-vous une capillaroscopie devant un phénomène de Raynaud unilatéral ?
- **NON : on recherche une cause locale.**
- 19** Quels sont les médicaments pouvant induire un syndrome de Raynaud secondaire (= médicaments contre-indiqués dans un syndrome de Raynaud) ?
- **Bêtabloquants**
 - **Ciclosporine**
 - **Bléomycine**
 - **Dérivés de l'ergot de seigle**
 - **Arsenic**

20

Quelles sont les principales orientations étiologiques devant un phénomène de Raynaud ?

**21**

Quels sont les principes du traitement d'un syndrome de Raynaud ?

- Éviction de l'exposition au froid (port de gants ; éviter les sports d'hiver)
- Inhibiteurs calciques (par exemple nifédipine)
- Devant une forme grave, on peut utiliser de la prostacycline (Illoprost®) par voie intraveineuse voire la chirurgie (sympathectomie)

Table des matières

Avant-propos	3
Le programme d'immunologie	5
Question 112	
Réaction inflammatoire : aspects biologiques et cliniques. Conduite à tenir	7
Question 113	
Allergies et hypersensibilités chez l'enfant et l'adulte	13
Question 114	
Allergies cutané-muqueuses chez l'enfant et l'adulte. Urticaire, dermatites atopiques et de contact	20
Question 115	
Allergies respiratoires chez l'enfant et l'adulte	30
Question 116	
Pathologies auto-immunes	35
Question 117	
Lupus érythémateux disséminé (LED) – Syndrome des anti-phospholipides (SAPL)	58
Question 118	
Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique	65
Question 119	
Maladie de Horton et pseudo-polyarthrite rhizomélisque (PPR)	72
Question 120	
Pneumopathie interstitielle diffuse	79
Question 121	
Polyarthrite rhumatoïde (PR)	84
Question 122	
Polyradiculonévrite aiguë inflammatoire (PRNA) – Syndrome de Guillain-Barré	92

Question 123	
Psoriasis	99
Question 124	
Sarcoidose	105
Question 125	
Sclérose en plaques (SEP).....	111
Question 126	
Immunoglobuline monoclonale.....	117
Question 127	
Transplantation d'organes.....	122
Question 327	
Phénomène de Raynaud	131



Parus ou à paraître très prochainement dans la collection

- Cardiologie
- Dermatologie
- Endocrinologie - Diabétologie
- Gynécologie - Obstétrique
- Hématologie
- Hépto-gastro-entérologie et Chirurgie digestive
- Immunopathologie (module 8)
- Néphrologie
- Neurologie
- Ophtalmologie
- ORL - Stomatologie
- Orthopédie - Traumatologie
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Santé publique, méd. légale, méd. du travail, méd. sociale, éthique
- Urologie

...

Réviser aussi vos cours avec la collection RÉUSSIR L'INTERNAT



9 782729 813017

ISBN 2-7298-1301-2